Le M.M.P.I.

Pratique et évolutions d'un test de personnalité

Thierry Bisson

LA PSYCHOLOGIE EN PLUS

L'inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota (M.M.P.I.) est sans aucun doute le questionnaire de personnalité le plus utilisé dans le monde, que ce soit à des fins de recherche, d'orientation, de sélection ou dans le champ de la clinique. Ses 550 items en font un outil explorant très largement les multiples aspects de l'individu.

Cet ouvrage se veut un guide pour une interprétation quantitative mais aussi qualitative des nombreuses échelles et sous-échelles du test. Il rend compte également de la construction et des évolutions du M.M.P.I.

... conférences en psychologie clinique à ... polis.

PRESSES UNIVERSITAIRES DE GRENOBLE
... 38040 GRENOBLE CEDEX 9

Le M.M.P.I.
Pratique et évolutions d'un test de personnalité

5

Le M.M.P.I.

Pratique et évolutions d'un test de personnalité

Thierry Bisson

LA PSYCHOLOGIE EN P

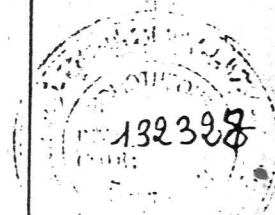
pug

La collection LA PSYCHOLOGIE EN PLUS est dirigée
par Jean-Léon Beauvois et Guy Tiberghien

© Presses universitaires de Grenoble
BP 47 – 38040 Grenoble cedex 9
Tél. : 04 76 82 56 51 – Fax : 04 76 82 78 35
ISBN : 2 7061 0757 X

Thierry BISSON

avec la collaboration
de José Munoz Aparicio

Le M.M.P.I.
Pratique et évolutions d'un test de personnalité

Presses universitaires de Grenoble
1997

Dans la même collection :

R. Ghiglione, C. Klekenbosch, A. Landré, *L'analyse cognitivo-discursive*, 1995

D. Martinot, *Le Soi. Les approches psychosociales*, 1995

M. Boucart, *La reconnaissance des objets*, 1996

J.-D. Swendsen, C. Blatier, *La psychopathologie et les modèles cognitivo-comportementaux : les recherches récentes*, 1996

A Maxime, Coline et Jean-Baptiste.

Préface

Depuis les travaux de l'équipe Delay, Pichot et Perse en 1955 (soit près d'un demi-siècle), aucun ouvrage significatif en français n'était paru sur l'un des tests les plus utilisés de par le monde : le M.M.P.I.

Ce ne sont pourtant pas les études et les enquêtes cliniques qui ont manqué durant ces quatre décennies. Il est vrai que les méthodes des tests ont subi de nombreuses attaques qui ont éveillé la méfiance, voire l'hostilité, des psychologues cliniciens français. Cette attitude est sans doute justifiée par l'exploitation de la notion de QI à des fins idéologiques particulièrement discutables. On le voit aujourd'hui encore avec les relents nauséabonds de l'ouvrage *The Bell Curve* qui tend à accréditer sur des bases prétendument scientifiques l'idée d'une « supériorité » de la race blanche. Rejeter l'idée d'une évaluation reviendrait cependant « à jeter le bébé avec l'eau du bain ». En outre, le vocable « test » confond des évaluations de natures différentes. Il n'y a pas de commune mesure entre un test de personnalité et un test d'efficience intellectuelle. Ce rejet des tests est irrationnel dans sa globalisation.

Un autre reproche pourrait expliquer cette désaffection : l'absence de méthode de validation qui s'attache à nombre de tests de personnalité. En fait, l'examen des publications des vingt dernières années montre que ce ne sont pas les tests validés qui ont le plus souffert d'une désaffection des psychologues français. Le propre du M.M.P.I. est d'ailleurs l'utilisation de méthodes empiriques de validation qui manquent à de nombreux tests en cours sur le marché. Le succès des tests dits « projectifs » montre que l'on préfère en France la validation par la référence théorique à la validation empi-

rique. Ce que l'on pourrait en effet reprocher au M.M.P.I. est de ne partir d'aucune théorie. Il montre simplement comment certains sujets nosologiquement catégorisés se regroupent autour de certains profils. L'objectivité de cette mise en relation d'un recoupement catégoriel avec une organisation des réponses devrait pourtant susciter l'intérêt et la curiosité.

Enfin, le M.M.P.I. a le défaut d'être extrêmement long à faire passer. Mais c'est aussi le cas d'autres tests, certes plus attrayants, comme le test du village par exemple. En outre, plusieurs versions réduites ont été créées qui bénéficient de validations satisfaisantes en comparaison de la forme complète.

En définitive le M.M.P.I. «gagne à être connu». L'ouvrage de Thierry Bisson met à la disposition des psychologues cliniciens et des étudiants un document de synthèse qui les fera bénéficier des multiples travaux qui ont été réalisés dans ce domaine. Il leur rendra l'utilisation du M.M.P.I. beaucoup plus intéressante et vivante.

Un argument publicitaire de vente d'un livre «sérieux» et professionnel est de dire qu'il se lit «comme un roman». Ce n'est pas le cas ici, car l'argument serait manifestement mensonger. En revanche, nous dirons aux praticiens qu'ils auront beaucoup plus de plaisir et de satisfactions professionnelles à utiliser cet ouvrage dans leur pratique. Il ne se lit pas en une fois : il accompagne le praticien qui peut s'y référer à chaque fois qu'il vient de faire passer un M.M.P.I. et parvenir ainsi à une meilleure compréhension de la problématique de son patient. En bref : c'est un excellent investissement comme disent les psychanalystes et les boursiers !

Gérard Poussin
Professeur de psychologie
à l'université Pierre Mendès France (Grenoble II)

Avant-propos

Nombre de cliniciens utilisent régulièrement (ou occasionnellement) des épreuves standardisées, tant dans le cadre de consultations à visée thérapeutique qu'à l'occasion de bilans en vue de conseil ou d'orientation ; ou bien encore dans le cadre de sélections. Sans oublier bien sûr les recherches, qu'elles soient strictement limitées au champ de la psychologie ou bien associant des aspects psychologiques à des thèmes dépassant ce cadre. Les tests sont donc aujourd'hui largement utilisés dans de nombreux domaines et, parmi eux, le M.M.P.I. tient une place extrêmement importante depuis déjà plus de cinquante ans. Ceci tient sans aucun doute à la richesse exploratoire unique de cet outil ainsi qu'à ses extraordinaires possibilités d'évolution.

Le M.M.P.I. se présente, tant du point de vue de son mode de validation (purement empirique qui s'oppose à la méthode rationnelle), que de celui de sa construction multiphasique (plusieurs échelles intriquées), comme susceptible de grandes évolutions. Ceci explique sans doute l'intérêt toujours croissant porté à cette épreuve.

Ecrire un livre sur le M.M.P.I., aujourd'hui, alors que la version 2 du test vient d'être publiée, peut paraître une gageure, d'autant plus que le manuel s'est, avec cette nouvelle version, considérablement enrichi. Il n'en est rien.

La version 1 du M.M.P.I. est la version la plus largement répandue ; elle est par ailleurs la plus riche en travaux de toutes sortes, tant du point de vue de la clinique que celui de la recherche.

Le lecteur trouvera dans ce livre les références des travaux les plus marquants de l'histoire de ce questionnaire. Nombre de ces recherches méritaient d'être mieux connues. Le M.M.P.I., si l'on dépasse un peu les cadres d'interprétation

habituellement utilisés en France, se révèlera un outil extrêmement performant dans la connaissance de l'individu.

L'interprétation configurale des profils, des sous-échelles, des échelles de contenu, l'examen des items critiques permettent une approche très fine de la personnalité, révélant non seulement son aspect structurel mais aussi son organisation en termes de mécanismes de défense, d'implication sociale et de prospectives.

Cet ouvrage se propose aussi de présenter les techniques d'interprétation couramment employées aux Etats-Unis, et dans les pays anglo-saxons en général. Une meilleure connaissance globale du test (historique, élaboration des échelles, constitution des groupes de sujets) facilitera ainsi un enrichissement de son enseignement et le passage au M.M.P.I.-2.

Un large champ de recherche et d'investigation peut s'ouvrir en France et dans les pays francophones, notamment avec l'utilisation du test et la constitution de nouvelles échelles adaptées à des populations particulières, à l'instar de nombreux travaux américains portant sur les vétérans, les minorités ethniques, l'obésité, etc.

Chapitre 1

Les questionnaires de personnalité

C'est au cours de la première guerre mondiale et sous l'impulsion des militaires que les tests psychométriques se développèrent. Il paraissait alors utile de pouvoir sélectionner les sujets aptes à servir en temps de guerre.

Après la guerre, les travaux sur les tests de personnalité se poursuivirent essentiellement aux Etats-Unis. On vit apparaître ainsi quantité de ces outils qui se proposaient de mesurer un des traits de la personnalité. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'un questionnaire rempli par le sujet lui-même. Cette technique d'administration inventée par Thurstone et Thurstone (1930) et consistant à proposer des questions auxquelles le sujet doit répondre par «oui», «non» ou «?» (je ne sais pas), fut reprise par la plupart des auteurs d'inventaires de personnalité et constitue encore aujourd'hui le mode de réponse le plus utilisé par ce genre d'outils psychométriques.

Les premiers tests de personnalité n'évaluaient qu'un seul trait de la personnalité et souvent (pour les besoins de la cause) directement en rapport avec l'intérêt des militaires pour ces outils. On notera par exemple les travaux d'Allport (1928) : «A test for ascendance-submission», de Laird (1925) : «Detecting abnormal behavior», de Strong (1926) : «An interest test for personnal managers».

Certains auteurs dont Pressey (1921) publièrent des questionnaires évaluant plusieurs traits de personnalité. Mais en réalité, ces tests n'étaient que des regroupements de tests ne mesurant chacun qu'un seul trait. Ces outils étaient par conséquent très lourds et le nombre d'aspects de la personnalité qu'ils mesuraient fortement limité par l'accroissement

des items. C'est Bernreuter en 1933, en s'appuyant sur les travaux d'Allport (1930), qui eut l'idée de proposer un inventaire de la personnalité multiphasique donc explorant plusieurs traits de personnalité, mais dans lequel chacun des items pouvait intervenir dans le calcul de plusieurs échelles. Cette technique qui permit de réduire considérablement le nombre d'items fut ensuite reprise par Hathaway et McKinley pour construire le M.M.P.I.

Bien que le mode de validation du test de Bernreuter soit très différent de celui du M.M.P.I., on peut considérer qu'Hathaway et McKinley s'inspirèrent largement du travail de Bernreuter. Le «Bernreuter», donc, mesurait déjà les traits suivants à l'aide de seulement 125 questions.

- Les tendances névrotiques du sujet;
- une mesure du trait «se suffire à soi-même»;
- une mesure de l'introversion-extraversion;
- une mesure de la domination-soumission;
- une mesure de la confiance en soi;
- une mesure de la sociabilité.

Comme les autres questionnaires de personnalité de l'époque, le test de Bernreuter fut construit sur la base de la méthode dite «rationnelle», plutôt que sur la base de la méthode empirique: les items intervenant dans une échelle donnée étaient choisis *a priori* sur la base de critères issus de l'expérience clinique.

En d'autres termes, dans la méthode rationnelle, c'est l'auteur lui-même (ou un ensemble de cliniciens dans le meilleur des cas), en fonction de ses impressions, qui décidait du sens de la réponse déviante. Très vite, de nombreuses critiques portèrent sur ces questionnaires et plus particulièrement sur la méthode de construction.

Ces critiques aboutirent par la suite à l'élaboration de questionnaires se voulant plus objectifs, construits à partir de méthodes faisant intervenir le moins possible les projections de leurs auteurs: la méthode empirique puis la méthode factorielle. Le plus connu et le plus utilisé d'entre eux est sans aucun doute l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota: le M.M.P.I.

C'est sur la base de la méthode empirique que fut construit le M.M.P.I. Cette méthode apparaissait (à juste titre) comme plus objective et donc plus sûre du point de vue de la validité du test. C'est pourquoi, elle fut largement préférée à la méthode rationnelle après la guerre; c'est-à-dire à partir du moment où l'on pouvait se permettre de prendre plus de temps pour construire ces outils. Néanmoins, des études ultérieures sur le M.M.P.I. (J.S. Wiggins, 1966) permirent de comparer ces deux procédures et montrèrent que, bien que purement subjective, la méthode rationnelle offre elle aussi d'intéressantes possibilités. Wiggins (1973) compare ces deux méthodes.

Chapitre 2

Le M.M.P.I.

Le M.M.P.I. a été mis au point dans les années 40 et suivantes à l'université du Minnesota par un psychologue clinicien Starke R. Hathaway, en collaboration avec un neuropsychiatre J. Charnley McKinley.

Dès 1939, Hathaway s'intéressa aux questionnaires de personnalité envisagés dans la perspective d'un diagnostic psychiatrique. En 1940, avec McKinley, il publia un article méthodologique dans le *Journal of Psychology* (Hathaway et McKinley, 1940) présentant un nouveau questionnaire de personnalité qui devint très vite (à partir de 1943) mondialement connu sous le sigle de M.M.P.I.

Depuis cette date, la mise au point et les perfectionnements du M.M.P.I. n'ont jamais cessé. Et ce test est le questionnaire de personnalité le plus utilisé, tant dans la pratique clinique que dans la recherche, aussi bien dans les pays anglo-saxons qu'en France. En 1989, James Butcher et son équipe de l'université du Minnesota publient une version réactualisée du M.M.P.I. : le M.M.P.I.-2. En France, les Editions du Centre de psychologie appliquée (ECPA) viennent (septembre 1996) de commercialiser cette nouvelle version entièrement révisée, réétalonnée et adaptée à la population française. Le nombre des publications qui sont consacrées à ce test est impressionnant et atteste de son intérêt. Aujourd'hui, plus de 20 000 références concernent le M.M.P.I. Les robots chercheurs d'Internet référencent plusieurs milliers de sites ayant trait au M.M.P.I. ou au M.M.P.I.-2. L'université du Minnesota propose un serveur qui rassemble des informations et des publications destinées aux praticiens et chercheurs du M.M.P.I. et du M.M.P.I.-2.

Cette popularité est due sans aucun doute à ses qualités intrinsèques qui correspondent aux objectifs que s'étaient fixés Hathaway et McKinley, résumés par Delay, Pichot et Perse (1955, p. 130) :

« Leur but était de mettre à la disposition des cliniciens un instrument :
– explorant le plus largement possible les différents aspects de la personnalité normale et pathologique ;
– d'application facile et pratique en clinique ;
– comportant tous les perfectionnements techniques susceptibles d'en améliorer et d'en contrôler la validité ;
– validé de façon complètement empirique. »

L'inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota (M.M.P.I.) est, dans sa forme actuelle, un test destiné à fournir, en fonction de la position d'un sujet par rapport à un ensemble déterminé de propositions (les items du test, écrits à la première personne du singulier et pour la plupart formulés de façon affirmative), une évaluation d'éléments caractéristiques de sa personnalité.

Les thèmes abordés par les propositions sont extrêmement variés et recouvrent un très vaste champ d'intérêts depuis la condition physique jusqu'aux attitudes morales et aux conduites sociales. L'étendue de cette investigation entraîne un nombre impressionnant de propositions : il n'y en a pas moins de 550. Mais, au début, Hathaway et McKinley avaient rassemblé plus de 1 000 items à partir de la littérature psychiatrique et d'inventaires déjà existants. Ils voulaient ainsi créer une large banque de données à partir de laquelle plusieurs échelles pourraient être construites (Hathaway et McKinley, 1940).

Les auteurs du test proposèrent de classer arbitrairement ces assertions en 26 rubriques dont la liste est donnée dans le tableau 1 ci-dessous. On peut voir ici très nettement que les auteurs n'ont pas cherché à équilibrer les catégories.

Tableau 1 : *Répartition des items du M.M.P.I. dans les diverses composantes de la personnalité*

1	Etat de santé générale	9 items
2	Symptômes neurologiques généraux	19 items
3	Nerfs crâniens	11 items
4	Motricité et coordination	6 items
5	Sensibilité	5 items
6	Système vasomoteur, troubles trophiques, langage, organes de sécrétion	10 items
7	Système cardio-respiratoire	5 items
8	Système gastro-intestinal	11 items
9	Système génito-urinaire	5 items
10	Habitudes	19 items
11	Famille et vie conjugale	26 items
12	Profession	18 items
13	Education	12 items
14	Vie sexuelle	16 items
15	Religion	19 items
16	Politique, loi, ordre	46 items
17	Comportement social	72 items
18	Affectivité-dépression	32 items
19	Affectivité-manie	24 items
20	Tendances obsessionnelles et compulsionnelles	15 items
21	Idées délirantes, hallucinations, illusions, tendances interprétatives	31 items
22	Phobies	29 items
23	Tendances sadiques et masochistes	7 items
24	Morale	33 items
25	Masculinité-féminité	55 items
26	Tendance à se placer sous un jour assez peu vraisemblable	15 items

L'idée centrale de la construction du M.M.P.I. est que, sur les 550 propositions, il en est qui, en se regroupant empiriquement, pourront constituer les échelles. Dès son apparition et jusqu'en 1944, neuf échelles cliniques ont été ainsi

construites; la forme même du test permet l'introduction de nouvelles échelles sans autre matériel supplémentaire qu'une nouvelle grille de correction et des normes. En effet, le M.M.P.I. peut être considéré comme un «réservoir» d'items. Une échelle est constituée d'un certain nombre d'items de ce réservoir, items auxquels vont répondre de manière statistiquement différente, d'une part, les individus représentant ce qu'est censée décrire l'échelle (les dépressifs par exemple) et, d'autre part, un échantillon de la population normale. Les notes moyennes et l'écart type de la population normale (les normes) sont eux aussi nécessaires à la construction du profil (voir constitution des notes T détaillée, *infra*).

La grande diversité des items proposés a permis de dégager, outre ces échelles, d'autres échelles présentées par Perse (1986) comme par exemple Si (introversion sociale), Ne (névrosisme), AMT (échelle d'anxiété manifeste de Taylor) et bien d'autres encore qui sont moins utilisées dans la pratique clinique quotidienne française mais qui présentent néanmoins un intérêt certain. La première, Si (introversion sociale), a été très vite rattachée à la forme standard du M.M.P.I. (surtout dans les pays anglo-saxons; faute de diffusion en France, le M.M.P.I.-2 répare certaines de ces lacunes).

A ces échelles complémentaires s'ajoutent encore trois indices numériques dérivés des échelles cliniques: indice algébrique de dévalorisation (F-K), indice d'anxiété (AI) et rapport d'intériorisation (IR). De plus, de nombreux auteurs ont développé des échelles et des sous-échelles pour le M.M.P.I., en réponse à des besoins particuliers de leurs recherches. Elles sont aujourd'hui utilisées dans la pratique clinique.

Construction des échelles

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée par Hathaway et McKinley pour construire le test. Pour chaque échelle, on trouvera ici des indications sur la date de publication, la

constitution du groupe de référence et les intrications de l'échelle considérée avec les autres échelles du test.

La connaissance de la façon dont furent formés les groupes de références est un élément important sinon indispensable dès lors que l'on veut utiliser correctement le M.M.P.I. En effet, le mode empirique de validation de ce test lui donne pour objet de positionner le sujet, échelle par échelle par rapport à un groupe de personnes malades ou présentant des caractéristiques particulières (e.g.: alcoolisme, toxicomanie, souffrant de douleurs dorsales) ayant servi à constituer le groupe de référence. En d'autres termes, pour chaque échelle, le M.M.P.I. et toutes ses formes dérivées mesurent la ressemblance des réponses des sujets avec celles du groupe de référence. La connaissance des critères ayant servi à constituer ces groupes est donc nécessaire à une bonne interprétation du test. Les échelles ont été établies par contraste entre les résultats d'une population normale et les résultats d'une population pathologique.

La population normale

Pour réaliser l'étalonnage original (américain) du test, les auteurs examinèrent les visiteurs des hôpitaux de l'université. De ces personnes furent exclues celles qui suivaient un traitement médicamenteux. Ils obtinrent ainsi un groupe de 724 individus des deux sexes, âgés de 16 à 55 ans, assez représentatif selon eux de la population du Minnesota.

Dans la perspective d'élargir la population du point de vue de l'âge, de la classe socio-économique et du niveau d'éducation, furent ajoutées au groupe témoin les données recueillies auprès de 265 étudiants bâcheliers qui étaient venus au bureau de test de l'université pour s'orienter, ainsi que des groupes «spéciaux» comme 265 ouvriers du W.P.A. (syndicat des ouvriers), 254 patients provenant de l'hôpital général et 221 patients issus de l'hôpital psychiatrique universitaire.

En France, l'étalonnage a porté sur un échantillon total de 321 sujets, 146 hommes et 175 femmes.

La population pathologique

Les résultats des cas pathologiques proviennent de l'examen de plus de 800 personnes issues du service psychiatrique des hôpitaux de l'université du Minnesota. C'est à partir de ces cas pathologiques que furent constituées les neuf échelles cliniques de base.

Constitution des échelles

Sélection des groupes de références

Si, depuis sa conception, les utilisations du M.M.P.I. sont très diversifiées, le but du M.M.P.I. était d'aider le diagnostic différentiel. La première étape de constitution des échelles fut de sélectionner des groupes de références diagnostiqués clairement pour telle ou telle pathologie.

Hathaway et McKinley (1940) débutèrent par la construction de l'échelle *1 – hypocondrie* (Hathaway et McKinley, 1940). Ce choix fut déterminé par le fait que, selon les auteurs, l'hypocondrie est une pathologie simple, bien définie et de plus alors bien représentée dans la population des hôpitaux de l'université du Minnesota. 50 patients se préoccupant anormalement de leur santé et de leurs fonctions corporelles furent choisis pour constituer le groupe des hypocondriaques. Il s'agissait selon les auteurs de patients névrotiques, à l'exclusion de cas psychotiques.

Sélection des items

Après avoir sélectionné les groupes de références (cas pathologiques) et les groupes témoins (normaux), on a procédé à la sélection des items afin de construire les échelles.

Comme nous l'avons précédemment mentionné, la première échelle à avoir été constituée fut l'échelle *1 – hypocondrie (Hs)*. Nous décrirons ici en détail la procédure de sélection des items pour cette échelle. Les procédures pour

l'élaboration des autres échelles cliniques sont très semblables, et seront présentées plus loin, de façon plus succincte, dans le chapitre consacré à la description de ces échelles.

Pour chaque item, on a pu procéder au calcul de la fréquence des réponses oui et non, dans le groupe de référence et dans les groupes de sujets normaux. Seuls ont été retenus les items dont les différences de fréquences de réponses entre le groupe de référence et les groupes témoins étaient au moins deux fois égales aux écarts types des proportions de réponses vrai / faux des groupes comparés deux à deux (groupe de référence-groupes témoins). Ceci revint en fait à ne sélectionner comme items que ceux engendrant des réponses significativement différentes avec un seuil de probabilité $p < 0{,}05$ entre chacun des groupes de sujets normaux et le groupe de référence.

Après cette première étape de sélection purement statistique, Hathaway et McKinley éliminèrent plusieurs items de l'échelle ainsi constituée. Tout d'abord furent ôtés les items amenant des réponses significatives mais trop peu fréquentes (fréquence inférieure à 10 %) car, selon les auteurs du M.M.P.I., ces items ne représentaient que quelques cas trop rares.

Ensuite, on enleva les items pour lesquels les réponses semblaient trop corrélées comme, par exemple, des variables telles que la situation de famille ou bien l'attitude envers les enfants.

Enfin Hathaway et McKinley examinèrent les items restants et décidèrent arbitrairement d'en enlever certains jugés inappropriés (dans la plus pure méthode de la validation «rationnelle» pourtant décriée par Hathaway et McKinley!). Tout ce processus de sélection aboutit enfin à l'élaboration de l'échelle 1 préliminaire constituée alors de 55 items.

Dans l'étape suivante, les auteurs du test tentèrent de pondérer certains items afin de maximiser les différences entre les réponses des groupes de références et témoins. Pour l'échelle 1 (Hs), cette pondération s'avéra inefficace.

Enfin, la comparaison des réponses du groupe de référence (les hypocondriaques) avec celles du groupe constitué par les patients hospitalisés en service psychiatrique permit d'affiner encore cette échelle. En effet, un grand nombre de ces patients obtinrent un score élevé sur l'échelle Hs bien qu'ils ne présentent pas les symptômes correspondants. Hathaway et McKinley sélectionnèrent parmi eux les cinquante personnes ayant obtenu le score le plus élevé et comparèrent leurs réponses avec celles des patients hypocondriaques formant le groupe de référence. Ceci permit de repérer les items communs aux deux groupes et donc aussi ceux sur lesquels portaient les différences et de constituer ainsi ce que l'on appelle la correction de l'échelle Hs. Le score à l'échelle Hs corrigée se calcule alors en soustrayant du score brût de cette échelle un point pour chacun des items fortement discriminants, lorsque la réponse ne va pas dans le sens de l'hypocondrie.

Le groupe témoin des malades somatiques a lui aussi été utilisé pour tester les items de l'échelle 1. D'une manière assez surprenante, les scores de ces individus furent plus proches de ceux des autres groupes de sujets normaux que de ceux des patients hypocondriaques. Ceci semble montrer que la dégradation réelle de l'état général de santé ne participe pas à l'élévation du score mesuré par l'échelle d'hypocondrie.

Au fil des années, l'échelle Hs s'est encore affinée. Dans le but de la différencier plus nettement de l'échelle d'hystérie, Hathaway et McKinley (1944) éliminèrent encore certains items ramenant leur nombre actuel à 33.

Pendant ce temps, d'autres échelles furent dégagées selon le même processus. En 1944, Hathaway et McKinley, ainsi que Drake (1946) pour l'échelle Si, avaient déjà publié les principales échelles cliniques. Le tableau suivant présente les dates de publication des différentes échelles du M.M.P.I.

Tableau 2 : *Les dates de publication des principales échelles cliniques du M.M.P.I.*

1	Hypocondrie (Hs)	1940
2	Dépression (D)	1942
7	Psychasthénie (Pt)	1942
3	Hystérie (Hy)	1944
4	Déviation psychopathique	1944
9	Hypomanie (Ma)	1944
0 (zéro)	Introversion sociale (Si)	1946
5	Masculinité-féminité (Mf)*	1956
6	Paranoïa (Pa)*	1956
8	Schizophrénie (Sc)*	1956

* Ces trois échelles n'ont été publiées qu'en 1956 (Hathaway 1956) pourtant elles furent utilisées dans les hôpitaux de l'université du Minnesota bien avant cette date.

Description des échelles du M.M.P.I.

Dans sa forme la plus couramment utilisée, le M.M.P.I. utilise 550 propositions qui conduisent à l'estimation de quatre échelles de validité, en plus des dix échelles cliniques précitées :

Tableau 3 : *Les échelles de validité du M.M.P.I.*

Désignation	Signification
?	Doute
L	Mensonge
F	Cohérence
K	Acceptation

Les échelles classiques du M.M.P.I.

a) L'échelle 1 – hypocondrie (Hs)

La construction détaillée de l'échelle Hs a déjà été décrite précédemment. Cette échelle mesure l'intérêt névrotique que le sujet porte à ses fonctions corporelles. En effet, l'hypocondrie psychotique ne devrait pas se retrouver dans ce score, les auteurs ayant exclu des items ceux qui avaient été pointés par le groupe témoin constitué de patients psychotiques.

De même, les personnes réellement atteintes physiquement ne devraient pas se retrouver parmi les individus concernés par l'échelle Hs. Cette dernière regroupe un ensemble de plaintes vagues et mal différenciées, localisées essentiellement au niveau du thorax, de l'abdomen et du dos. Les personnes réellement atteintes vont certes valider une partie des items de l'échelle d'hypocondrie, mais une partie seulement : celle qui porte sur leur pathologie précise. Par conséquent les vrais malades n'obtiennent généralement [illegible] un score très élevé dans cette échelle. Toutefois les personnes souffrant d'un mauvais état de santé général peuvent bien entendu se retrouver dans l'échelle Hs.

Les plaintes somatiques hypocondriaques diffèrent aussi de celles de l'hystérie, en ce sens qu'elles sont plus vagues et que l'hypocondriaque paraît ne pas pouvoir prendre de la distance par rapport à ses symptômes, à la différence de l'hystérique qui, lui, peut recourir comme on le sait à « la belle indifférence » si caractéristique de cette pathologie.

Le tableau suivant présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle Hs ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 4 : *Exemples d'items constituant l'échelle Hs*

N°	Libellé	Rép. dév.
A14	Le haut de ma tête me paraît quelquefois très sensible.	vrai
A15	Je souffre de nausées et de vomissements.	vrai
A50	J'ai rarement des douleurs à la nuque.	faux
B20	Je vais normalement à la selle.	faux

La grande majorité des items de l'échelle Hs se retrouve aussi dans d'autres échelles. Seuls huit d'entre eux sont spécifiques de l'échelle d'hypocondrie, la plupart des autres se retrouvant dans l'échelle d'hystérie. Peu de ces items se retrouvent dans les échelles psychotiques, et dans ce cas, la réponse déviante est souvent à l'opposé de celle de l'échelle Hs. Pourtant, il semblerait qu'un psychotique en proie à des hallucinations corporelles puisse faire élever simultanément les scores des échelles Hs et Sc.

b) L'échelle 2 – dépression (D)

L'échelle de dépression est constituée de 60 items. Publiée en 1942 par Hathaway et McKinley, elle mesure la dépression du point de vue symptomatique. Les items portent sur les différents aspects de la dépression :

– douleur morale : tristesse, pessimisme, insatisfaction des conditions actuelles ;
– inhibition : asthénie, repli sur soi, manque d'intérêt ;
– somatisations : troubles du sommeil, troubles gastro-intestinaux.

L'échelle de dépression fut construite avec la même méthode que l'échelle d'hypocondrie. Hathaway et McKinley sélectionnèrent un groupe de 50 dépressifs puis ils comparèrent leurs réponses aux groupes de sujets normaux. Le groupe de dépressifs était constitué de malades hospitalisés pour dépression dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive.

L'échelle D fait partie des échelles « névrotiques ». Le choix du groupe de référence (patients maniaco-dépressifs) pour construire une telle échelle s'explique par la position radicalement symptomatologique et descriptive voulue par Hathaway et McKinley pour cette échelle. Leur but était de faire apparaître les symptômes de la dépression indépendamment de toute autre considération structurelle. Or la dépression endogène psychotique constitue l'état dépressif typique sur le plan symptomatologique. Le choix de tels patients assurait leurs auteurs de la position centrale du syndrome dépressif.

La comparaison de leurs résultats avec ceux des groupes de sujets normaux permit de construire une échelle expérimentale. En utilisant cette échelle expérimentale, apparut (comme pour l'échelle d'hypocondrie) un groupe de patients normaux (non dépressifs) obtenant néanmoins un score élevé. Ceci permit, là encore, de sélectionner certains items fortement discriminants pour ces deux groupes de patients. Ils furent alors ajoutés aux items de l'échelle expérimentale; on aboutit ainsi à l'échelle de dépression corrigée, constituée en tout de 60 items.

Le tableau suivant présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle D ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 5 : *Exemples d'items constituant l'échelle D*

N°	Libellé	Rép. dév.
A18	Je n'ai jamais eu de convulsion ni d'attaque.	faux
B31	Le bruit me réveille facilement.	vrai
D10	Je vais à l'église presque toutes les semaines.	faux
D18	Je crois à une seconde venue du Christ.	faux

Comme pour l'échelle Hs, la plupart des items qui constituent l'échelle de dépression interviennent dans le calcul d'autres échelles.

c) L'échelle 3 – hystérie (Hy)

Publiée en 1944 par Hathaway et McKinley, l'échelle d'hystérie fut constituée empiriquement grâce à la comparaison des réponses d'un groupe de référence et des groupes témoins. Le groupe de référence était constitué de 50 personnes, soit malades hystériques, soit présentant une forte personnalité hystérique. Après correction de l'interférence avec l'échelle d'hypocondrie (certains items ayant été supprimés de cette dernière), 60 items furent retenus pour constituer l'échelle d'hystérie. L'étude de ces items montre que l'on peut les classer en deux groupes : les items qui renvoient à la personnalité hystérique (hyperadaptabilité sociale, glischroïdie, histrionisme), et les items qui relèvent du mécanisme défensif de conversion somatique.

Le tableau 6 présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle Hy ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 6 : *Exemples d'items constituant l'échelle Hy*

N°	Libellé	Rép. dév.
A11	Souvent, toute ma tête semble me faire mal.	vrai
A17	Je ne me suis jamais évanoui.	faux
C42	J'aime lire la rubrique criminelle des journaux.	vrai
C43	J'apprécie les histoires de détective ou de mystère.	faux

La quasi-totalité des items qui constituent l'échelle d'hystérie se retrouvent dans d'autres échelles cliniques ainsi que dans l'échelle de correction K.

d) L'échelle 4 – déviation psychopathique (Pd)

L'échelle 4 est constituée de 50 items. Publiée en 1944 par Hathaway et McKinley, elle fut constituée de façon purement empirique à partir d'un échantillon de petits délinquants récidivistes âgés de 17 à 22 ans, tous impliqués dans des procédures pénales, voire incarcérés, et pour lesquels le diagnostic de personnalité psychopathique avait été posé.

Le contenu des items traduit une opposition marquée à la famille et à tout ce qui représente l'autorité en général. Certains items traduisent l'affirmation de soi, le déni de toute timidité, mais aussi l'ennui. Selon Aymes (1987), la part de sujets incarcérés dans l'échantillon explique, la présence de tels items. Nous remarquerons néanmoins que l'augmentation de l'échelle Pd traduit souvent les personnalités « limites » chez lesquelles l'éprouvé de solitude et d'ennui est un trait de caractère fréquemment observé.

Le tableau 7 présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle Pd ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 7 : *Exemples d'items constituant l'échelle PD*

N°	Libellé	Rép. dév.
C07	Presque tous mes parents sympathisent avec moi.	faux
C35	J'aime l'école.	faux
C04	Je n'ai pas vécu une vie parfaitement droite.	vrai
I30	Ma façon d'agir est facilement incomprise par les autres.	vrai

Les items qui constituent cette échelle se retrouvent dans la plupart des échelles cliniques mais aussi dans les échelles de validité F et K.

e) L'échelle 5 – masculinité-féminité (Mf)

L'échelle Mf mesure l'intérêt des sujets pour des activités typiquement masculines ou typiquement féminines. On peut dire en première approximation qu'elle est cotée inversement selon le sexe. Un résultat élevé traduit alors, quel que soit le sexe, une déviation des intérêts en direction du sexe opposé. Publiés en 1956 par Hathaway (Hathaway, 1956), ses 60 items furent sélectionnés à partir d'un échantillon d'homosexuels masculins et d'hommes décrits comme féminins par l'échelle d'intérêts de Terman et Miles (1938). Certains des items constituant l'échelle Mf ont été rajoutés à la banque originale d'items, dont une partie fut tirée de l'échelle d'intérêts de Terman et Miles. Ceci a conduit Hathaway à trouver un nouveau groupe témoin pour cette échelle. Ainsi 54 hommes militaires et 67 femmes hôtesses de l'air constituèrent le groupe d'individus normaux pour Mf.

Il pourrait sembler étrange que l'échelle Mf constituée sur la base d'homosexuels masculins serve « à l'envers » à différencier les femmes homosexuelles. Au début, Hathaway (1956) voulut développer une échelle féminine d'inversion

sexuelle mais les résultats n'étaient pas probants et surtout ils étaient corrélés de façon très étroite avec les résultats de l'échelle Mf. Ceci est à l'origine de l'abandon de l'échelle d'inversion féminine qui aurait dû s'appeler Fm. Ainsi, les 60 items de l'échelle Mf sont les mêmes pour les hommes et les femmes. Pour la plupart d'entre eux (55), leur valeur s'inverse en fonction du sexe du sujet : une réponse est considérée comme déviante quand elle reflète des caractères féminins chez les hommes et des caractères masculins chez les femmes, comme par exemple pour l'item J2 : « J'aimerais être coureur automobile. » Pour les 5 autres items, le comportement déviant est manifeste et la même réponse déviante sera donc utilisée pour les hommes et les femmes par exemple l'item C50 : « Je suis très violemment attiré par les personnes de mon sexe. »

Du point de vue théorique, la constitution même d'une telle échelle laisse supposer dans l'esprit de son auteur une continuité structurelle entre la masculinité et la féminité. D'autres études s'opposeront à cette position, comme par exemple celle de Pepper et Strong (1958) qui, très tôt après la publication de l'échelle Mf par Hathaway, proposèrent 5 sous-échelles, élaborées selon la méthode rationnelle, pour Mf traduisant alors une modélisation multipolaire de la sexualité. Les sous-échelles sont :

– sensibilité personnelle et émotionnelle ;
– identification sexuelle ;
– altruisme ;
– identification à des occupations féminines ;
– déni de l'identification à des occupations masculines.

Le tableau 8 présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle Mf. Il n'y a pas, à proprement parler, de réponses déviantes, le sens de cotation variant selon le sexe pour la plupart des items.

Tableau 8 : *Exemples d'items constituant l'échelle Mf*

N°	Libellé	Rép. dév. (m)	Rép. dév (f).
B25	Je n'ai jamais eu d'éruption cutanée qui m'ait ennuyé.	faux	vrai
C36	J'apprenais difficilement en classe.	vrai	faux
C45	J'aime lire les romans d'amour.	faux	vrai
I51	J'aime beaucoup la chasse.	vrai	faux

Tableau 8 bis : *Les 5 items de Mf cotés dans le même sens quel que soit le sexe*

N°	Libellé	Rép. dév.
C50	Je suis très violemment attiré par les personnes de mon sexe.	vrai
C51	Je suis tourmenté par des questions sexuelles.	vrai
C53	Je voudrais ne pas être tourmenté par des pensées d'ordre sexuel.	vrai
D02	J'aime parler de questions d'ordre sexuel.	vrai
D05	Je n'ai jamais eu de pratiques sexuelles inhabituelles.	faux

f) L'échelle 6 – paranoïa (Pa)

Cette échelle publiée en 1956 par Hathaway (Hathaway, 1956) est constituée de 40 items, dont le contenu est directement en rapport avec les processus psychotiques mis en œuvre dans l'organisation paranoïaque, tels que par exemple : « On a essayé de m'empoisonner. » Il est intéressant de noter que le groupe de référence de cette échelle n'a jamais été clairement défini par Hathaway. L'échelle Pa telle que nous la connaissons semble être en fait une échelle expérimentale préliminaire qui, comme c'est parfois le cas pour ce qui est de l'ordre du provisoire, aurait perduré. Harris et Lingoes ont tout de même isolé trois sous-échelles de Pa :

- idées de persécution ;
- sensibilité ;
- naïveté.

Le tableau 9 présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle Pa ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 9 : *Exemples d'items constituant l'échelle Pa*

N°	Libellé	Rép. dév.
E12	Je n'ai jamais eu d'ennuis avec la justice.	faux
G06	J'ai certainement eu plus que ma part d'ennuis.	vrai
G52	Je n'ai pas d'ennemis qui veulent réellement me nuire.	faux
H49	Je me sens mal à l'aise à l'intérieur des maisons.	vrai

Comme pour la plupart des autres échelles, les items constituant Pa se retrouvent dans d'autres échelles cliniques.

g) L'échelle 7 – psychasthénie (Pt)

Composée de 48 items et publiée en 1942 par Hathaway et McKinley (Hathaway et McKinley, 1942), elle regroupe les tendances compulsionnelles et phobiques des sujets ainsi que les sentiments de culpabilité. Le groupe témoin a été constitué sur la base d'un petit nombre de patients (20) présentant un syndrome obsessif-compulsif décelé à l'aide d'une échelle préliminaire.

Bien que Comrey (1958) ait pu identifier dans cette échelle, grâce à l'analyse factorielle, sept facteurs tels que : névrotisme, anxiété, repli, difficultés de concentration, agitation, tendances psychotiques, mauvaise santé physique, il apparaît qu'aucun de ces traits-symptômes ne relève clairement du syndrome psychasthénique. Par ailleurs, Harris et Lingoes n'ont pu mettre en évidence de sous-échelles pour Pt.

Le tableau suivant présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle Pt ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 10 : *Exemples d'items constituant l'échelle Pt*

N°	Libellé	Rép. dév.
A06	Je me fais rarement du souci au sujet de ma santé.	faux
B33	Je rêve très rarement.	vrai
C41	J'aime étudier et lire des articles concernant mon travail.	faux
I32	Il m'arrive de prendre les choses du mauvais côté.	vrai

Les 48 items de l'échelle de psychasthénie apparaissent presque tous (sauf 9) dans les autres échelles cliniques du M.M.P.I., mais extrêmement peu dans les échelles de validité (un seul item dans F).

h) L'échelle 8 – schizophrénie (Sc)

Elle se compose de 78 items, ce qui est sensiblement supérieur aux autres échelles. Publiée en 1956 par Hathaway (Hathaway, 1956), elle a mis plus longtemps que les autres échelles cliniques à être validée, car bon nombre de patients non schizophrènes obtenaient tout de même un score élevé.

Comme les autres échelles cliniques, elle fut construite empiriquement en opposant les réponses du groupe témoin à celles de deux groupes de 50 patients diagnostiqués comme schizophrènes.

Pas moins de quatre échelles préliminaires furent construites pour tenter de réduire le pourcentage de personnes normales sélectionnées par l'échelle Sc, mais sans résultat vraiment probant. En effet, les tentatives d'élimination de certains items de l'échelle Sc eurent surtout pour effet de réduire la sensibilité de l'échelle et donc de faire augmenter le nombre de « faux négatifs », c'est-à-dire de personnes diagnostiquées schizophrènes mais qui obtenaient un score normal dans Sc.

Afin d'augmenter la sensibilité du test vers le haut du profil, tout en évitant les « faux positifs » (les personnes normales

obtenant un score supérieur à T = 70[1]), Hathaway (1956) eut l'idée d'ajouter au score Sc une fraction déterminée empiriquement de l'échelle K qui évalue dans une certaine mesure une attitude défensive. Après tâtonnements donc, les résultats furent jugés satisfaisants et les auteurs du test décidèrent d'étendre cette méthode à d'autres échelles (voir le chapitre concernant les échelles de validité du M.M.P.I.).

Le tableau 11 (d'après Hathaway, 1956) montre cette amélioration de discrimination sur l'échelle Sc, en utilisant la correction par K.

Tableau 11 : *Influence de la correction par K sur la validité de l'échelle Sc*

	Pourcentage correctement évalué	
	Schizophrènes	Normaux
Sans K	31 %	95,5 %
Avec K	59 %	98,0 %

Par ailleurs, il nous semble important de remarquer ici que le concept même de schizophrénie n'est pas exactement identique en France (et dans les pays latins en général) et aux Etats-Unis (et dans les pays anglo-saxons en général). En effet, chez ces derniers, le concept de schizophrénie semble

1. L'étalonnage du M.M.P.I. est, comme pour la plupart des questionnaires de personnalité, un étalonnage dit « sy[illegible]matique » ou normalisé, c'est-à-dire que l'étendue des notes brutes de l'échantillon de référence est divisée en classes dont la largeur correspond à une valeur d'écarts types de la distribution. Dans ces conditions, les classes ont toutes la même largeur, mais contiennent un nombre de sujets différent. Selon cette méthode, les notes des sujets sont exprimées en « notes T ». Une note T égale à 50 correspond à un sujet qui se situe à la moyenne de l'échantillon normal. Une note T de 60 ou de 40 signifie que le sujet se situe à un écart type de la moyenne de l'échantillon normal. Une note T de 70 ou de 30 situe le sujet à deux écarts types de la moyenne, ce qui correspond à une probabilité de moins de 0,025. Autrement dit, théoriquement, il y a moins de 2,5 % de la population normale qui obtiennent des notes T supérieures à 70 ou inférieures à 30.

pouvoir s'étendre à des pathologies transitoires et surtout n'impliquant pas forcément un processus autistique, comme par exemple les psychoses délirantes aiguës (bouffées délirantes) ou bien encore les paraphrénies et la psychose hallucinatoire chronique.

Le M.M.P.I., en ayant été conçu aux Etats-Unis à une époque où le diagnostic de schizophrénie s'établissait différentiellement par rapport à la psychose et beaucoup plus facilement que de nos jours, rend compte de cette conception nosologique. Ainsi, l'échelle Sc du M.M.P.I. ne mesure donc pas exactement la schizophrénie, surtout dans le sens que cette terminologie sous-entend dans les pays latins. Harris et Lingoes ont mis en évidence trois sous-échelles pour l'échelle de schizophrénie, elles-mêmes parfois divisées en sous-sous-échelles :

Sc 1 : Perte d'objet

Sc 1A : aliénation sociale;

Sc 1B : aliénation émotionnelle;

Sc2 : Manque de maîtrise du moi

Sc 2A : manque de maîtrise du moi sur le plan cognitif;

Sc 2B : manque de maîtrise du moi sur le plan conatif;

Sc 2C : manque de maîtrise du moi par défaut d'inhibition;

Sc 3 : Expériences sensorielles bizarres

Le tableau 12 présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle Sc ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 12 : *Exemples d'items constituant l'échelle Sc*

N°	Libellé	Rép. dév.
A26	Je ne peux pas fixer mon attention.	vrai
A30	A certains moments je sens des odeurs particulières.	vrai
C11	Je n'ai jamais été amoureux de personne.	vrai
E40	J'ai toute la sympathie que je désire.	faux

Les 78 items de l'échelle de schizophrénie sont répartis dans les autres échelles du M.M.P.I., y compris dans les échelles de validité (F et K), sans doute du fait de leur nombre et de leur hétérogénéité. Seuls 16 d'entre eux sont spécifiques à Sc.

i) L'échelle 9 – hypomanie (Ma)

Elaborée selon la méthode empirique et publiée en 1944 par McKinley et Hathaway (McKinley et Hathaway, 1944), ses 46 items reflètent les caractéristiques de pensée et d'action des personnalités hyperactives. Le groupe de référence fut constitué de 24 patients hypomaniaques, les patients réellement maniaques, pour la plupart d'entre eux, n'ayant pas pu se concentrer suffisamment sur les items du test pour pouvoir répondre. Harris et Lingoes ont identifié quatre sous-échelles pour Ma :

- Ma 1 : amoralité;
- Ma 2 : accélération psychomotrice;
- Ma 3 : imperturbabilité;
- Ma 4 : surestimation du moi.

Le tableau 13 présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle Ma ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 13 : *Exemples d'items constituant l'échelle Ma*

N°	Libellé	Rép. dév.
E48	Je ne me soucie jamais de ma tenue extérieure.	vrai
H47	J'ai peur lorsque d'un lieu élevé je regarde vers le bas.	vrai
B03	Je transpire très facilement même quand il fait frais.	vrai
G16	Une chose intéressante me sortira presque toujours du « cafard ».	faux

15 items sur les 46 sont spécifiques à Ma, les autres se répartissent dans les autres échelles.

j) L'échelle 0 – introversion sociale (Si)

Publiée par Drake en 1946 (Drake, 1946), l'échelle Si, à la différence des autres échelles cliniques, n'a pas été constituée sur la base d'un syndrome psychiatrique mais à partir d'une échelle d'introversion-extraversion : le Minnesota T-S-E inventory (Evans et Mc Connell, 1941). Ce questionnaire mesure l'introversion-extraversion dans trois champs : le domaine émotionnel, le domaine social et le domaine de la pensée. Drake n'a retenu pour établir les groupes de références du M.M.P.I. que les items concernant l'introversion-extraversion dans le domaine social. Après avoir fait passer le T-S-E à un groupe d'étudiants, il choisit, comme groupes de références pour l'échelle Si du M.M.P.I., ceux qui obtinrent des scores élevés au T-S-E (score > 65 %) et ceux qui obtinrent des scores bas (score < 35 %). Les 70 items du M.M.P.I. choisis furent ceux qui permettaient de discriminer ces deux groupes.

Graham, Schroeder et Lilly (1971) ont effectué une analyse factorielle sur les items de l'échelle Si. Ces travaux permirent à Serkownek (1975) d'établir six sous-échelles pour Si :
- sentiment d'infériorité et de gêne ;
- gêne face aux autres ;
- sérieux, rigidité personnelle ;
- hypersensitivité ;
- méfiance ;
- préoccupations physiques et somatiques.

Le tableau 14 présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle Si ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 14 : *Exemples d'items constituant l'échelle Si*

N°	Libellé	Rép. dév.
C55	Je suis toujours gêné par les histoires sales.	vrai
E18	Cela m'est égal de rencontrer des inconnus.	faux
E28	J'adore aller au bal.	faux
F41	J'ai tendance à abandonner rapidement les choses lorsqu'elles vont mal.	vrai

Proportionnellement aux autres échelles, il y a beaucoup d'items de Si qui lui sont propres (25). Ces items concernent surtout l'isolement social, la mauvaise adaptation générale et l'auto-dépréciation.

La validité du M.M.P.I.

Une des particularités fondamentales du M.M.P.I. est qu'il dispose pour contrôler sa validité de quatre échelles : l'échelle « Je ne sais pas » (« ? »), l'échelle de mensonge (L), l'échelle de fréquence (F) et l'échelle d'acceptation de l'image de soi (K). Ces quatre échelles sont couramment appelées « les échelles de validité du M.M.P.I. ». Cette terminologie peut poser problème dans la mesure où ces échelles n'évaluent pas ce qu'il est commun d'admettre sous le sens « validité d'un test ».

La validité d'un test renvoie à sa valeur prédictive. Bernyer et Reumes dans le *Vocabulaire de la psychologie* d'Henri Piéron (1979, p. 474) définissent la validité ainsi : « La validité d'un test exprime le degré de liaison entre le rendement du sujet dans le test et son rendement dans une autre activité que le test est censé prévoir. ». En d'autres termes, la validité d'un test évalue l'efficacité de ce dernier à mesurer ce qu'il est censé mesurer.

Du fait de sa conception empirique, le M.M.P.I. mesure la ressemblance entre les réponses du sujet et celles des groupes de références ayant servi à constituer les échelles. Le problème de la validité du M.M.P.I. se pose alors en termes de choix des groupes de références. Les « échelles de validité » du M.M.P.I. (« ? », L, F et K) évaluent en réalité la confiance que l'on peut avoir dans les résultats des autres échelles sans préjuger de leur validité au sens psychométrique du terme. Leur fonction est de permettre l'évaluation de l'attitude du sujet par rapport au test. Certaines personnes peuvent avoir tendance à se montrer sous un jour favorable, d'autres sous un jour défavorable : d'autres sujets encore peuvent donner une image déformée d'eux-mêmes en répon-

dant aux items sans bien en comprendre le sens, ou bien sans vraiment les lire ou bien encore en répondant au hasard ou systématiquement vrai ou faux. Les échelles de validité du M.M.P.I. permettent en principe de situer le sujet par rapport à ces attitudes.

De plus, on s'est aperçu *a posteriori* que ces échelles avaient aussi une certaine valeur clinique, dans la mesure où elles étaient corrélées avec des traits de personnalité ou des comportements. Savoir interpréter les échelles de validité du M.M.P.I. est indispensable à la pratique tant du test lui-même que de ses diverses formes réduites.

Les échelles de validité

a) L'échelle « ? »

On ne peut pas vraiment dire que l'échelle « ? » soit une échelle à part entière, dans la mesure où elle ne correspond pas à un ensemble d'items mais aux items pour lesquels le sujet s'est trouvé dans l'impossibilité de décider s'ils étaient vrais ou faux. Dans les versions Livret du M.M.P.I., l'échelle « ? » comprend aussi les items pour lesquels les sujets ont répondu à la fois vrai et faux.

Les raisons qui peuvent pousser un individu à répondre « Je ne sais pas » sont variées et nombreuses. Certains items peuvent vraiment être considérés comme sans réponse possible, c'est-à-dire ne s'appliquant pas au sujet. Cependant, on a pu associer à l'élévation de cette échelle différents facteurs motivationnels comme une résistance à passer le test ou bien une attitude suspicieuse (Dahlstrom, Welsh et Dahlstrom, 1972).

Des études très sérieuses ont été conduites dans le but de découvrir quelles étaient les motivations des individus à répondre « Je ne sais pas » dans les tests de personnalité. Fulkerson et Willage (1980), cités par Friedman, Webb et Lewak (1989, p. 6) démontrent que « ne pas répondre à un item peut être relié à une ambiguïté décisionnelle : l'impossibilité du sujet à décider comment répondre à cet item ». Butcher et Tellegen (1966), Gravitz (1967) et Walker (1967) montrent

qu'un grand nombre de personnes trouvent les items du M.M.P.I. trop intrusifs. Ces études montrent que lorsque l'on demande à un sujet de répondre anonymement, les items omis sont véritablement ceux pour lesquels les sujets ont des problèmes de compréhension ou d'interprétation. En revanche, dans un contexte de sélection professionnelle, les items omis concernent davantage la sexualité, la religion, les relations familiales et les fonctions corporelles intimes. Ball et Caroll (1960), cités par Friedman, Webb et Lewak (1989), montrent que des déficits intellectuels ou de la lecture peuvent rendre difficile la compréhension d'un item, conduisant alors à une omission. Archer (1987), en reprenant les travaux de Ball et Caroll, montre dans une étude conduite auprès d'adolescents que le nombre de réponses « ? » était corrélé négativement avec le quotient intellectuel.

Le nombre d'items omis influe donc sur la validité du test. Clopton et Neuringer (1977), cités par Aymes (1987), montrent que l'on peut considérer que l'interprétation du profil du M.M.P.I. peut être modifiée dès l'omission de 30 items. Ces auteurs se basèrent sur l'examen de 180 profils de patients hospitalisés en psychiatrie (vétérans militaires). Les profils furent obtenus normalement puis réexaminés après que l'on eut omis successivement 5, 30, 55, 80, 105 et 130 items pris au hasard. Les moyennes des réductions des notes T sur les échelles cliniques pour les six niveaux d'omission sont respectivement : 0,45 ; 2,74 ; 5,61 ; 7,70 ; 9,09 et 11,54. Plus important, si on examine les doublets dominants, c'est-à-dire les deux valeurs de T les plus élevées qui constituent un indice important dans l'interprétation (surtout automatisée) du M.M.P.I., on s'aperçoit qu'à partir de l'omission de 30 items pris au hasard, les doublets dominants changent pour 25 % des profils examinés.

Ces données tendent à montrer que l'on peut considérer que l'omission d'une dizaine (ou moins) d'items du M.M.P.I. n'affecte pratiquement pas les profils. Greene (1980) recommande toutefois une procédure d'augmentation des notes calculée à partir du nombre des items omis. Dans cette procédure, les items omis devraient être considérés systématique-

ment comme des réponses déviantes. On aboutirait alors à deux profils : un profil sans augmentation et un profil issu de cette procédure que l'on pourrait comparer ensuite. Cette solution pour séduisante qu'elle soit se heurte, c'est évident, à un problème pratique : elle demande un double travail de cotation, qui ne saurait être effectué pratiquement qu'avec un logiciel de correction automatisée.

Il apparaît donc important de bien insister auprès des patients au moment de la passation sur l'importance de répondre le moins souvent possible « Je ne sais pas », ce qui d'ailleurs apparaît dans la consigne.

Les valeurs de T pour l'échelle « ? » furent arbitrairement établies par Hathaway et McKinley et ne rendent donc pas compte de la répartition des réponses dans l'échantillon.

La note T = 50 qui devrait en principe correspondre à la moyenne de l'échantillon correspond à une note brute de 30 items, la note T = 70 correspondant à 110 items.

Ces estimations *a priori* d'Hathaway et McKinley pour l'échelle « ? » furent vivement remises en question par la suite. Greene (1980) fait remarquer sur la base d'une étude conduite auprès de quatre échantillons différents que seulement 5 % des patients omettent plus de 30 items ! On est loin des 50 % théoriques. Dans l'étalonnage français, cette erreur n'apparaît pas et montre des différences extrêmes puisque la note T = 50 correspond à une note brute de 3 items, la note T = 70 correspondant à l'omission de 64 items. On ne peut que s'étonner devant ces différences si importantes entre les versions du même test.

Greene (1980) suggère d'utiliser pour l'échantillon américain des valeurs beaucoup plus faibles. Ces suggestions semblent avoir été entendues pour ce qui concerne la version 2 du M.M.P.I., qui utilise un nouvel étalonnage beaucoup plus proche des valeurs présentées par l'étalonnage français du moins pour cette échelle. Remarquons enfin que aussi bien pour l'échantillon américain que pour l'échantillon français, les normes sont identiques dans cette échelle pour les hommes et les femmes. Il en est de même pour les autres échelles de validité, y compris l'échelle de mensonge.

b) L'échelle L – mensonge

Cette échelle se compose de 15 items pour lesquels la réponse déviante est toujours « faux ». Hathaway et McKinley les ont empruntés à des travaux antérieurs portant sur l'honnêteté, publiés par Hartstone et May (1928). Cette échelle, à la différence des autres, ne fut donc pas construite empiriquement mais selon la méthode rationnelle. L'échelle fut incluse dans le test afin d'identifier les personnes qui essaient de se présenter sous un jour favorable. On peut considérer, avec Beauvois (1997), qu'il s'agit d'une mesure du « désir de conformité sociale ». Les items sont orientés vers le déni de comportements agressifs, le déni de mauvaises pensées, la faiblesse de caractère et le déni de quelques malhonnêtetés mineures.

Le tableau suivant présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle L.

Tableau 15 : *Exemples d'items constituant l'échelle L.*

N°	Libellé	Rép. dév.
J42	Je ne dis pas toujours la vérité.	faux
J47	Je n'aime pas tous ceux que je connais.	faux
J51	J'ai parfois envie de jurer.	faux
J55	J'aime mieux gagner que perdre dans un jeu.	faux

La moyenne des réponses à l'échelle L obtenue sur l'échantillon américain était de 4. Sur l'étalonnage français, cette moyenne est de 6 et correspond donc à la valeur de la note T = 50. Toujours dans l'étalonnage français, la note T = 70 correspond à une note brute de 11.

L'élévation de l'échelle L correspond à une tendance volontaire ou naïve à se présenter sous un jour particulièrement vertueux. Cette attitude tend à faire baisser les notes obtenues dans les échelles cliniques, dans la mesure où les individus vont avoir tendance à nier leurs fragilités et à donner des réponses leur paraissant normales. Une étude de

Burish et Houston (1976), citée par Aymes (1987), portant sur des étudiants masculins, montre l'existence d'une corrélation positive entre l'échelle L et l'utilisation privilégiée du mécanisme de défense du Moi : le déni. L'étude différentielle (voir *infra*) des items évidents-subtils (pour les autres échelles) paraît donc indiquée dans ces situations. Hathaway et Meelh (1951), dans une étude portant sur 1327 sujets, montrent que le nombre d'échelles ayant une note T > 70 diminue avec l'élévation de l'échelle L.

L'interprétation isolée de l'échelle L doit prendre en compte l'âge, l'intelligence et le niveau d'études. Les personnes ayant une intelligence inférieure à la moyenne, un niveau d'études bas, des attitudes conformistes auraient tendance à présenter des scores L plus élevés (Friedman, Webb et Lewak, 1989).

Un score très bas (T < 35). Est très exceptionnel (souvenons-nous que pour cette échelle les notes T ont été attribuées « rationnellement »). En dehors d'une erreur de cotation ou bien d'une stratégie consistant à répondre vrai à tous les items, un tel score peut traduire une certaine rigidité, un manque de confiance en soi et une certaine difficulté à accepter ses diverses fautes et faiblesses mineures de caractère. Il peut s'agir aussi d'une personne qui connaît le sens des items de cette échelle et qui veut se montrer (pas très habilement) sous un jour particulièrement vertueux. Une corrélation avec le niveau intellectuel a pu être établie : Friedman, Webb et Lewak (1979) ont pu remarquer que les personnes peu intelligentes n'obtiennent généralement pas ce type de score, les personnes très intelligentes non plus étant capables de percevoir la nécessité de laisser passer quelques faiblesses.

Un score moyen (35 < T < 55). Correspond à des personnes capables de penser que les autres peuvent admettre leurs imperfections mineures. Cela correspond à une bonne estime de soi. Toutefois les items de L n'ayant pas un sens très difficile à reconnaître, certaines personnes désireuses de se montrer sous un jour favorable peuvent, d'une manière subtile, laisser passer quelques items de L.

Un score modéré (56 < T < 63). En dehors d'une stratégie de réponses « au hasard », un tel score traduit une rigidité excessive, un besoin de conformisme, et une tendance à l'utilisation défensive du déni. Ce score peut aussi traduire une attitude défensive chez des personnes naïves, moralistes et ne présentant pas une intelligence exceptionnelle (Lachar, 1987).

Un score très élevé (T ≥ 65). Correspond, selon Friedman, Webb et Lewak (1989) à des patients excessivement introspectifs avec tendance à la dépression et à l'anxiété. De tels scores peuvent se retrouver chez des patients atteints de troubles neurologiques, dans ce cas d'autres échelles comme l'hypocondrie et la dépression sont aussi élevées. Aymes (1987) pense que ces scores peuvent correspondre à des personnes normales qui ont un excellent contrôle d'elles-mêmes et qui manquent de finesse en ce qui concerne leur propre comportement, ou bien des personnes ayant des pratiques religieuses ou morales qui dénient même les fautes humaines les plus communes. Lachar (1987), tout en relevant la rareté de tels scores, pense qu'ils peuvent être le fait de personnes ayant une tendance pathologique à mentir dans le cadre de personnalités maniaques ou sociopathes. Cet auteur suggère donc d'examiner attentivement les échelles de déviation psychopathique et d'hypomanie. Le lecteur ne manquera pas de s'étonner d'une telle diversité d'interprétations !

La plupart des items de L sont spécifiques à cette échelle. Seuls 6 sur les 15 sont partagés.

c) L'échelle F – fréquence

Cette échelle fut élaborée pour évaluer la tendance à répondre d'une façon inhabituelle ou atypique. Ainsi, les 64 items qui la composent ont été sélectionnés empiriquement à partir des réponses du groupe de sujets normaux lorsque ces

derniers y répondaient avec une très faible fréquence (< 10 % et souvent < 5 %) que ce soit dans le sens « vrai » ou bien dans le sens « faux ». Les items ainsi sélectionnés portent sur des sensations bizarres, des pensées étranges, des expériences particulières, notamment d'aliénation et d'isolement familial ou social, ou sur des attitudes atypiques envers la religion, la loi, l'autorité, ainsi que sur un certain nombre de croyances inhabituelles envers soi et / ou autrui.

Le tableau 16 présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle F ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 16 : *Exemples d'items constituant l'échelle F*

N°	Libellé	Rép. dév.
A35	J'entends apparemment aussi bien que la plupart des gens.	faux
A54	Mon cou se couvre souvent de rougeurs.	vrai
B32	Je peux dormir le jour mais non la nuit.	vrai
B35	J'ai des cauchemars presque toutes les nuits.	vrai

Nombre des items de F sont particuliers à cette échelle (35 sur 64). Les autres items se répartissent essentiellement sur les échelles psychotiques Sc et Pa. Bien que cette échelle ait été conçue par Hathaway et McKinley comme une échelle de validité, son interprétation dépasse aujourd'hui largement les objectifs que s'étaient fixés ces auteurs. Lachar (1987) propose cinq raisons principales à une élévation importante de cette échelle :

– erreurs dans la cotation ;

– problèmes de compréhension de la consigne, déficits perceptifs, niveau de lecture trop faible ou intelligence trop limitée ;

– manque de coopération du sujet impliquant une stratégie de réponse (hasard, tout vrai, tout faux, etc.) ;

– tendance délibérée à se montrer sous un jour défavorable ;

– exagération des difficultés présentes de manière à attirer l'attention et l'assistance.

Dans la mesure où l'on peut éliminer ces cinq possibilités de réponses chez un sujet donné, l'échelle F apparait alors comme un excellent indicateur d'une problématique psychotique. A l'origine, dans l'étalonnage américain, Hathaway et McKinley (1951) avaient attribué arbitrairement des notes T aux scores bruts de F : une note T de 70 correspondait à un score brut de 12. Plus tard, ces auteurs préconisèrent d'élargir la « distribution » en proposant plutôt un score brut de 16 pour T = 70. Dans l'étalonnage français, une note T = 70 correspond à un score brut de 18. Pour cette raison Friedman, Webb et Lewak (1989) pensent que pour interpréter correctement l'échelle F, il vaut mieux se référer directement aux scores bruts. Nous suivrons cette recommandation.

UN SCORE FAIBLE (F brut ≤ 5). Décrit des individus souvent peu volontaires, conformistes, possédant de faibles champs d'intérêts. Ces personnes sont aussi décrites comme calmes, discrètes, sincères, dépendantes, honnêtes. Toutefois des scores dans cet intervalle, particulièrement lorsqu'ils sont très bas (F brut ≤ 2), peuvent refléter une attitude défensive révélant une impossibilité de concéder l'apparition de symptômes psychologiques.

UN SCORE NORMAL (5 < F brut ≤ 7). Correspond à des personnes capables d'accepter sans trop d'angoisse un certain nombre d'expériences inhabituelles.

UN SCORE MOYEN (7 < F brut ≤ 10). Typique des populations d'adolescents, d'étudiants et d'esprits créatifs, ce score reflète la capacité d'accepter des expériences inhabituelles, une certaine indépendance d'esprit, un caractère volontaire. Un tel score peut aussi refléter une structure psychotique non décompensée.

UN SCORE ÉLEVÉ (10 < F brut ≤ 16). Pouvant aller jusqu'à 20 pour les adolescents, ce résultat traduit, en dehors de difficultés de compréhension ou de lecture des items, une

angoisse importante, une instabilité et des tendances dépressives. Lachar (1989) propose cinq interprétations différentes pour ce cas de figure :

- troubles neurologiques et de caractère sévère,
- individus normaux mais non conventionnels,
- structure psychotique non décompensée,
- situation de réaction de stress,
- problèmes réactionnels et identitaires liés à l'adolescence (tardive ou non).

Un score très élevé (16 < F brut ≤ 22). En dehors de problèmes de cotation, de compréhension, de lecture ou bien de stratégies de réponses (au hasard), un tel score correspond à une dissolution mentale, à une pensée confuse ou à des processus psychotiques. Il peut aussi s'agir d'une volonté délibérée de se montrer sous un jour défavorable en inventant ou exagérant des symptômes psychologiques. Un tel score peut laisser penser que le profil est invalide.

Un score extrême (F brut > 22). Correspond selon la plupart des auteurs à un profil impossible à interpréter. Toutefois, une étude de Greene (1980) semblerait montrer le contraire. Dans ce cas, on a affaire le plus souvent à des patients psychotiques décompensés.

d) L'échelle K

Quatrième des échelles de validité, elle fut conçue par Meehl et Hathaway (1946) pour réduire le nombre de patients psychiatriques qui obtenaient tout de même un profil normal (L < 70) au M.M.P.I. et ceci sans réduire le nombre de «test hits»; le but était donc de réduire les «faux négatifs». Un «test hit» est soit une personne normale obtenant un profil normal («vrai négatif»), soit une personne psychiatrique obtenant un profil anormal correspondant («vrai positif»). Un «faux positif» est une personne normale obtenant un profil anormal et un «faux négatif» est une personne malade obtenant un profil normal.

Pour construire cette échelle, Meehl et Hathaway (1946) sélectionnèrent 25 hommes et 25 femmes présentant tous un diagnostic de personnalité psychopathique à l'examen clinique mais dont le profil M.M.P.I. restait normal. En outre, ces sujets devaient obtenir un score élevé (T > 60) sur l'échelle L indiquant, selon les auteurs, des attitudes défensives par rapport au test. Sur la base de ce groupe de référence et de l'échantillon normal, la procédure de sélection empirique des items permit d'en différencier 22 auxquels Meehl et Hathaway (1946) en ajoutèrent (rationnellement) 8 surtout pour augmenter encore la discrimination de l'échelle de schizophrénie. On aboutit alors aux 30 items de l'échelle K.

Meehl et Hathaway (McKinley, Hathaway et Meehl, 1948) déterminèrent par la suite empiriquement les taux de correction optimum pour chaque échelle clinique. Le tableau 17 présente ces taux utilisés habituellement.

Tableau 17 : *Fractions de K usuellement ajoutées aux échelles cliniques*

Echelles	Hs	Pd	Pt	Sc	Ma
Fractions de K à ajouter	0,50	0,40	1,00	1,00	0,20

Le contenu des items de K reflète le déni d'une mauvaise adaptation personnelle, familiale et sociale, indique des difficultés à émettre des jugements négatifs sur autrui. Selon Lachar (1987), cette échelle mesure d'une manière plus subtile et efficace ce que l'échelle L est censée mesurer.

Le tableau 18 présente quelques exemples d'items relatifs à l'échelle K ainsi que la réponse déviante qui leur est attachée.

Tableau 18 : *Exemples d'items constituant l'échelle K*

N°	Libellé	Rép. dév.
C28	Je n'aime pas m'arrêter, même un court moment, dans une tâche que j'ai commencée.	faux
E52	Les gens me déçoivent souvent.	vrai
F20	J'aime faire comprendre aux gens ce que je pense.	faux
G29	Je me mets facilement en colère et l'oublie aussitôt.	vrai

Les items de l'échelle K se retrouvent d'une façon assez homogène et massive dans les autres échelles cliniques.

Tout comme l'échelle précédente, bien que K ne soit pas une échelle clinique, on a pu, *a posteriori*, la corréler avec des traits de personnalité et particulièrement l'attitude défensive. Toutefois, la majorité des auteurs s'accordent à penser que l'interprétation de l'échelle K doit prendre en considération d'autres éléments de la vie du sujet : histoire personnelle, cadre de vie actuelle, santé psychique, etc. S'il s'agit d'une population normale, l'élévation de K correspond plutôt à l'appréciation d'une bonne adaptation et intégration personnelle. Dans le cas contraire, cette élévation traduit une certaine attitude défensive.

Greene (1980) propose une revue de la littérature sur la question de la pertinence de l'utilisation de la correction par K dans des populations et des situations variées. Il ressort de cette recherche que, selon lui, on devrait éviter d'utiliser la correction par K dans l'évaluation par le M.M.P.I. de personnes normales et, en revanche, l'utiliser dans tous les cas où une structure psychopathologique est suspectée.

Hathaway et McKinley (1996, p. 30), citant Dahlstrom, Welsh et Dahlstrom (1975) et Dahlstrom, Lachar et Dahlstrom (1986), précisent :

> « Les sujets ayant un statut important ou une position sociale élevée hésitent parfois à prendre le risque de divulguer des informations qui pourraient menacer leur statut ou leur réputation, en révélant, par exemple, leurs préoccupations affectives, leurs doutes, leurs incertitudes ou, peut-être, leurs problèmes conjugaux et familiaux. [...] Inversement, par ce qu'ils craignent moins de perdre leur statut social, les sujets appartenant à un milieu socio-économique moins privilégié se sentent moins obligés de dresser d'eux-mêmes le portrait d'une personne extrêmement compétente, performante dans ses relations avec autrui, délivrée de toute angoisse ou de sentiment d'insécurité. »

UN SCORE TRÈS BAS (T < 35). Se retrouve chez des patients en pleine détresse dépressive souvent psychotique (voir les échelles de la tétrade psychotique). Il peut aussi s'agir de personnes ayant exagéré leurs problèmes dans le but de se montrer sous un jour défavorable de détresse émotionnelle intense, éventuellement pour attirer l'attention sur cette détresse (appel au secours).

UN SCORE BAS (35 ≤ T < 45). Dans ce tableau, l'insatisfaction personnelle et la détresse émotionnelle reconnue dominent. Ces personnes se sentent souvent incapables de faire évoluer leur situation. Ceci n'est pas sans évoquer un certain masochisme ainsi qu'un intense besoin de réconfort. Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), les adolescents obtiennent souvent un tel score qui correspond à une recherche personnelle d'identité. Un phénomène similaire se retrouve parfois chez des personnes en cours de psychothérapie.

UN SCORE MOYEN (45 < T ≤ 60). Indique des personnes réussissant à mettre en place un bon équilibre entre des attitudes de protection et des attitudes d'ouverture. Ces personnes se sentent capables d'assumer les situations de la vie même lorsque l'on observe une élévation (souvent dans la triade névrotique) des autres échelles cliniques. Le pronostic pour une intervention psychothérapique (si demandée) est bon (Lachar, 1987).

UN SCORE MODÉRÉ (60 < T ≤ 70). Se retrouve généralement chez des individus décrits comme indépendants, enthousiastes, ingénieux, entreprenants, possédant de larges champs d'intérêts et un bon contact humain. Ici encore, le pronostic pour une intervention psychothérapeutique est

détresse psychologique, incapable d'assumer ses difficultés actuelles et dont l'intensité de l'angoisse et de la demande peut nuire à l'élaboration d'une thérapie.

De tels profils peuvent par ailleurs se rencontrer soit chez des personnes manifestant un véritable «appel à l'aide», soit chez des personnes voulant délibérément simuler des difficultés psychologiques. Friedman, Webb et Lewak (1989) suggèrent que l'on corrige à la baisse, dans ces cas, 5 ou 10 points T à l'ensemble des échelles cliniques. Deux sous-types de cette configuration peuvent se rencontrer.

SOUS-TYPE 1. Dans cette configuration, L et K sont comprises entre 50 et 60 et F se situe au-dessus de 70. Friedman, Webb et Lewak (1989) appellent cette configuration *Experiencing Problems, but Coping Trough Denial* (Friedman, Webb et Lewak, 1989, p. 141), que l'on pourrait traduire par «A des problèmes mais fait avec». Ces personnes acceptent le fait d'avoir des difficultés psychologiques assez sévères et mettent en place de nombreux mécanismes de défense dont le principal est le déni de l'influence de leurs problèmes sur leur vie courante. Ce déni «de fond» est sans doute extrêmement coûteux en énergie psychique mais globalement assez efficace (puisque ces structures semblent stables) bien qu'il puisse parfois être dépassé, laissant alors apparaître des comportements peu adaptés.

SOUS-TYPE 2. Dans cette configuration, K est au-dessus de 55, F est au moins égale à K sans dépasser 75 alors que L doit être en dessous de 50. Friedman, Webb et Lewak (1989) appellent ce profil *Good ego strength, sophisticated, but experiencing problems* (Friedman, Webb et Lewak, 1989, p. 142) que l'on pourrait traduire par «Bonne force du Moi, sophistiqué, mais à problèmes». Il est le fait de personnes confiantes dans leur adaptation à des problèmes psychologiques chroniques et reconnus. Ces patients seront satisfaits d'une aide ponctuelle sur des symptômes actuels, aide qui se manifestera ultérieurement dans le profil par une baisse de F.

b) Configuration en V (profil fermé)

Deuxième configuration par la fréquence d'apparition. Ici, L et K sont toutes deux au-dessus de 60, F étant proche de 50, voire légèrement en dessous.

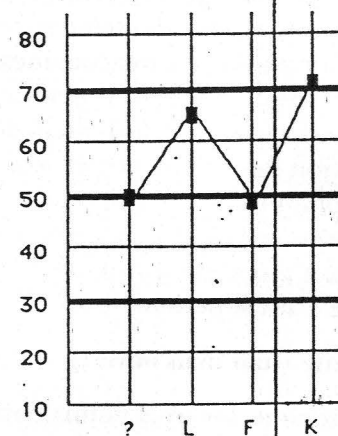



Figure 2 : *Configuration en V (profil fermé)*

Plus L et K sont élevés, plus on peut dire que le patient qui a fourni ce profil tente de se présenter sous un jour favorable, et minimise ou même dénie ses problèmes psychologiques, ses pulsions ou sentiments inacceptables.

Lorsque K est beaucoup plus élevé que F (plus de 20 points), le profil est extrêmement défensif et la validité du test peut être remise en question. Lorsqu'on utilise le M.M.P.I. dans le cadre d'entretiens d'embauche par exemple, ou dans des situations similaires où les personnes ont besoin de se présenter sous un jour favorable, on retrouve souvent ce type de configuration des échelles de validité. Une étude de Hiner, Orgen et Baxter (1969), portant sur des étudiants, montre bien ce phénomène. Les sujets avaient pour consigne de répondre aux items du M.M.P.I. en présentant délibérément une image idéale

d'eux-mêmes. Les profils obtenus sur les échelles de validité présentaient cette configuration en V.

Paradoxalement, ce type de configuration de validité se retrouve chez les psychotiques, en raison probablement de l'utilisation de mécanismes de défense tels que le déni et le contrôle des pulsions. Plus généralement, tous les patients présentant de tels mécanismes de défense comme les hystériques, les hypocondriaques, les toxicomanes, etc., vont présenter ce type de profil. On peut penser que ce profil correspond à une collusion moi idéal - idéal du moi.

Cette configuration des échelles de validité tend à minimiser les échelles cliniques; c'est pourquoi certains auteurs dont Friedman, Webb et Lewak (1989) préconisent, dans ce cas, l'augmentation de 5 voire 10 points T des échelles cliniques dont la note T est supérieure à 50.

c) Pente descendante (naïf mais ouvert)

Dans cette configuration, les trois points correspondant aux scores des échelles L, F et K forment approximativement une droite descendante de la gauche vers la droite, où L est environ à 60, F à 55 et K à 45 (en notes T).

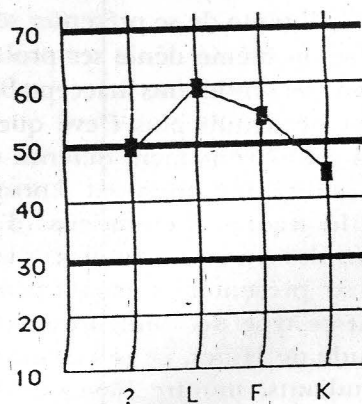



Figure 3 : *Pente descendante (naïf mais ouvert)*

Chez les personnes possédant un tel profil des échelles de validité, on rencontrera fréquemment des difficultés psychologiques liées aux situations, à l'émotion ou dans la gestion des relations personnelles. Ces individus essaient d'une manière relativement naïve et peu efficace de paraître bien. Ce sont en général des personnes qui n'ont pas eu une éducation très poussée et qui proviennent de milieux défavorisés. Ces individus minimisent l'influence qu'ils peuvent avoir sur leur propre vie. Ces caractéristiques en font des individus résistants à l'intervention psychothérapeutique.

d) Pente ascendante (profil défensif sophistiqué)

Dans cette configuration comme dans la précédente, les points représentant les échelles L, F et K forment approximativement une droite. Dans ce cas, la droite est ascendante de la gauche vers la droite et correspond à des valeurs d'environ 40, 50-55, 65-75, pour les échelles respectives L, F et K (en notes T).

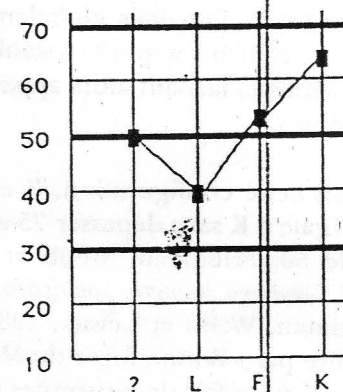



Figure 4 : *Pente ascendante (profil défensif sophistiqué)*

Les personnes présentant un tel profil ne sont pas en détresse psychologique et sont bien adaptées à la situation. Lorsqu'elles ont des problèmes, ces derniers ne semblent pas les submerger. Il s'agit le plus souvent de personnes ayant reçu une éducation poussée et issues de milieux sociaux relativement élevés. Un tel profil peut être le fruit d'une tentative subtile de se présenter sous un jour favorable, dans des situations d'embauche par exemple.

La détection de la simulation au M.M.P.I.

a) L'indice de dissimulation F - K (F moins K)

C'est sous cette appellation d'indice de dissimulation que Gough (1950) propose d'utiliser la différence entre les échelles F et K, exprimées en notes brutes, pour détecter la falsification des réponses. Dans le cas de falsification dans le sens favorable, l'indice F-K sera élevé alors que, dans le cas de falsification dans le sens défavorable, il aura tendance à diminuer.

La fiabilité de cet indice a été évaluée dans de nombreuses études et les résultats tendent à montrer qu'il est très efficace pour détecter la falsification dans le sens défavorable, un peu moins efficace dans l'autre sens. En France, Delay, Pichot et Perse (1960) ont réalisé une étude portant sur 40 étudiants en médecine dans le but d'étudier les indices de validité du M.M.P.I. Concernant l'indice F-K, cette recherche confirme tout à fait les travaux américains précédents, à savoir que cet indice permet de repérer près de 60 % de tentatives de falsification dans le sens favorable et près de 90 % de tentatives de falsification dans le sens défavorable. L'indice F-K a été étalonné sur la population française. Le manuel du M.M.P.I. (Perse, 1986, p. 23) propose une table de transformation des notes brutes en notes T pour cet indice. Par ailleurs, Delay, Pichot et Perse (1960) proposent d'autres indices de falsification.

b) L'allure générale du profil

Lorsque cette dernière est en dents de scie avec des pics correspondant aux échelles paires (D, Pd, Pa, Sc), il semble selon ces auteurs qu'il s'agisse vraisemblablement d'un profil de falsification dans le sens défavorable. Ceci pouvant d'ailleurs être corroboré par l'examen de F-K.

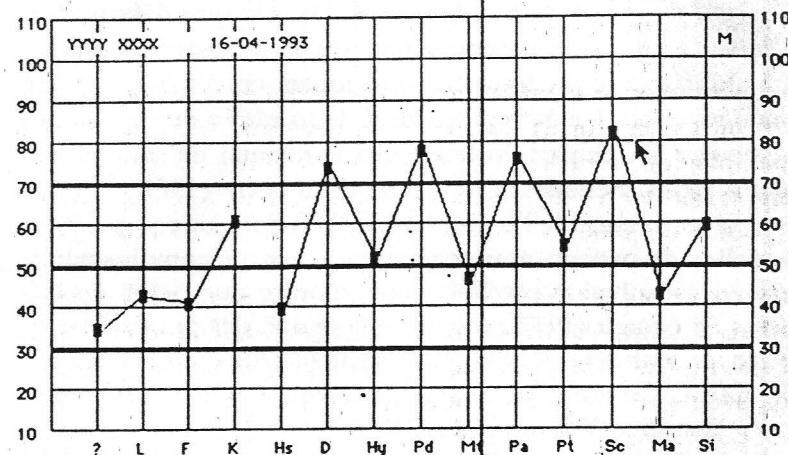



Figure 5 : *Exemple de profil en dents de scie sur les échelles paire*

c) L'échelle L

Son élévation au-dessus de T = 70 est selon ces auteurs susceptible de traduire une falsification dans le sens favorable comme il a été décrit précédemment.

d) L'échelle Hs

Delay, Pichot et Perse (1960) remarquent que les sujets falsifiant leurs réponses tendent à avoir des notes très basses (brut ≤ 3) dans l'échelle Hs.

e) L'échelle F

Toujours selon ces auteurs, l'élévation de l'échelle F au-dessus de toutes les autres échelles cliniques est le signe d'une tentative de falsification dans le sens défavorable. Delay, Pichot et Perse (1960) montrent que, si l'on considère ces différents signes de falsification simultanément, on arrive à une détection de la simulation très acceptable, même dans le sens favorable. En prenant l'ensemble des signes dans le sens favorable, l'erreur de classification est de 10 %. Dans le sens défavorable, l'indice F - K, à lui seul, donne une très bonne discrimination.

On remarquera toutefois que toutes ces études ont été menées selon la même procédure; demander à des personnes normales (la plupart du temps des étudiants) de simuler des pathologies mentales. Une étude d'Anthony (1971) portant sur la pertinence de l'utilisation de F - K dans une population «réelle» de patients non psychotiques, mais néanmoins adressés en consultation psychologique, montre que, selon les critères de Gough (1947), moins de la moitié des profils falsifiés (dans le sens défavorable) par ces patients étaient détectés par F - K. En élargissant les critères de Gough, il n'arrive au mieux qu'à identifier 75 % des profils falsifiés.

L'utilisation de cet indice semble être donc plus limitée dans des situations réelles de patients qui exagèrent leur pathologie que lorsqu'il s'agit d'étudiants. Johnson, Klinger et Williams (1977), dans une population psychiatrique, montrent que l'indice F - K ne leur permet pas de détecter les patients qui avaient pour consigne de se présenter sous un jour favorable.

f) L'échelle de dissimulation de Gough

Outre les échelles classiques de validité, L, F et K, certains auteurs ont tenté de proposer d'autres échelles. Parmi ces dernières, nous retiendrons l'échelle de dissimulation de Gough (1957) dont l'élaboration nous paraît intéressante à plus d'un titre. En 1954, Gough se propose d'étudier, à l'aide du M.M.P.I., les conceptions stéréotypées de la névrose présentes dans des populations différentes. Gough demanda à

un groupe d'étudiants en premier cycle de psychologie, ainsi qu'à un groupe de professionnels de la psychologie, de répondre aux items du M.M.P.I. comme le ferait une personne «experiencing a psychoneurotic reaction» que l'on pourrait traduire par «vivant une réaction névrotique». Il compara ensuite ces protocoles à ceux de patients réellement névrosés (diverses formes de névroses). Cette comparaison lui permit d'établir, tout à fait empiriquement, une sélection de 74 items, qui furent ramenés plus tard à 40 (Gough, 1957), permettant de différencier les personnes véritablement névrosées de celles qui tentent de simuler une névrose.

Indépendamment de l'intérêt de cette échelle, Gough s'aperçut qu'il n'arrivait pas à distinguer les réponses des deux groupes témoins : les étudiants peu formés à la psychopathologie et les psychologues professionnels. Il semble donc que le fait de recevoir une formation complète en psychologie et même de pratiquer les métiers de la psychologie ne dispense pas d'adhérer aux stéréotypes concernant la névrose. Cette étude, outre cet aspect anecdotique, met l'accent sur le peu de fiabilité de la méthode «rationnelle» de construction des tests par rapport à la méthode empirique.

Anthony (1971), en comparant l'échelle de dissimulation (Ds) de Gough à l'indice F - K sur une population de personnes non psychotiques, montre la supériorité de cet indice sur F - K en situation réelle et pour le cas de falsification dans le sens défavorable.

g) L'index test-retest

Pour des raisons de commodité de cotation automatisée de la version livret du M.M.P.I., 16 items ont dû être doublés. On peut donc voir si un sujet répondant deux fois au même item donne deux réponses identiques. L'indice test-retest correspond au nombre de ces items pour lesquels on obtient deux réponses différentes. Dahlstrom *et al.* (1972) considèrent qu'au-delà de 4 items incohérents la validité du test peut être remise en question. Cet indice évolue généralement avec l'échelle F puisqu'il donne une indication de la cohérence interne du test. Cependant, dans quelques cas, il permet de

détecter des profils invalides non repérés par F (Greene, 1979).

h) L'échelle d'insouciance

Développée par Greene en 1978, cette échelle est constituée de 12 paires d'items dont les contenus sont opposés ou similaires. On mesure donc ainsi un indice de cohérence relativement comparable au précédent (test-retest), mais plus difficile à détecter et surtout insensible aux attitudes de réponses du type « tout vrai » ou « tout faux » pour lesquelles l'indice test-retest ne donnait rien. Greene considère que quatre réponses incohérentes permettent de douter de la validité du profil. Exemples de couples d'items à contenus opposés ou similaires :

– Je crois à l'efficacité de la loi.
– Ce serait beaucoup mieux si toutes les lois étaient supprimées.

– Je suis très rarement constipé.
– Je vais normalement à la selle.

Le tableau suivant présente la liste complète et le sens de déviation des couples d'items constituant l'échelle d'insouciance.

Tableau 19 : *Les items de l'échelle d'insouciance de Greene (1978)*

Couple d'items	Réponse déviante si réponses
A39 / B11	identiques
C16 / C15	différentes
B18 / B20	différentes
D42 / D43	identiques
F49 / G12	identiques
F38 / F55	identiques
B48 / B49	identiques
C13 / C14	différentes
A27 / G35	identiques
E21 / E22	différentes
B33 / B34	identiques
J36 / H48	différentes

i) Le profil « au hasard »

Une telle stratégie de réponse se traduit au niveau de la passation par un temps plus court et au niveau du profil par une élévation très nette de F (T autour de 120) et de Sc (T autour de 110) ; L est aussi plus élevée. L'indice de test-retest ainsi que l'échelle d'insouciance permettent, si l'on en dispose, de suspecter une telle stratégie de réponse.

j) Les items subtils et évidents

Très tôt après la publication du M.M.P.I., des études destinées à tester et à améliorer la validité du test furent entreprises. Wiener et Harmon (Wiener, 1948) proposent de distinguer, dans les items du M.M.P.I., ceux qui sont faciles à détecter comme indicateur de pathologies ou de troubles psychologiques (les items évidents) de ceux pour lesquels il est difficile de savoir *a priori* quelle réponse peut être la réponse déviante (les items subtils). Wiener et Harmon ont ainsi pu constituer pour chacune des échelles cliniques D, Hy, Pd, Pa et Ma deux sous-échelles à l'intérieur desquelles les items sont classés évidents (O) ou subtils (S). Ceci ne fut pas possible pour les autres échelles, car elles sont composées presque uniquement d'items évidents.

L'utilisation de ces sous-échelles permet de rendre compte de l'attitude de falsification dans le sens favorable. En effet, on peut penser qu'une personne qui présente un score de 70 ou plus dans les échelles cliniques subtiles, alors que ce score tombe nettement dans les échelles évidentes, tente de se présenter sous un jour favorable.

Depuis leur création, de nombreux auteurs se sont interrogés sur la validité clinique de ces sous-échelles. Il se dégage de ces travaux une nette tendance à contester leur pertinence. A tel point qu'aujourd'hui leur utilisation, dans le cadre du M.M.P.I.-2, est vivement déconseillée (voir *infra*).

Interprétation des résultats

Le M.M.P.I. conduit à l'élaboration d'un «profil» psychologique, sorte de grille sur laquelle les résultats normalisés du sujet (en notes T) sont reportés. (voir figure 2, *supra*).

Un des principaux intérêts du M.M.P.I. est qu'il permet à la fois une analyse fine des diverses composantes du profil, mais aussi une analyse globale révélant d'un seul coup d'œil la structure de la personnalité du sujet. En effet, la pente dominante du profil fournit au clinicien une indication sur la structure de personnalité de son sujet.

Les trois premières échelles (Hs, D, Hy) constituent la «triade névrotique» (Meehl, 1956; Gough, 1946), triade sur laquelle s'inscrivent la plupart des syndromes névrotiques. Les quatre dernières échelles (Pa, Pt, Sc, Ma) sont considérées comme le reflet des syndromes psychotiques (Winter et Stortroen, 1963; Ruesh et Bowman, 1945).

Cette localisation particulière sur la feuille du profil fait que d'une façon générale, et en première approximation, les profils névrotiques auront une allure descendante de gauche à droite, tandis que les profils psychotiques auront là une allure ascendante. Les problèmes de caractère et de comportement s'inscrivent plutôt sur la partie centrale du profil (échelles Pd, Mf). On consultera avec intérêt la revue de question de Goldberg (1965) sur la question du diagnostic différentiel névrose *vs* psychose à l'aide du M.M.P.I., ainsi que les articles de Gustin *et al.* (1983) et Abramowitz *et al.* (1984) sur la détection des états-limites au M.M.P.I.

Dans le M.M.P.I., les échelles sont dénommées par des termes empruntés à la nosologie clinique habituelle (hystérie, dépression, etc.). Bien que le test soit validé de façon purement empirique, cette dénomination peut être source de confusions. En effet, les interprétations qui suivent représentent les descriptions cliniques des sujets ayant obtenu certains scores dans les échelles du test. Il ne s'agit en aucune façon de descriptions d'entités nosographiques telles que l'hystérie, la dépression, etc. En d'autres termes, la description de l'échelle de dépression (par exemple) ne saurait être

confondue avec une description de la dépression (si tant est qu'il puisse y avoir *une* description de la dépression). Cette ambiguïté a été à l'origine de l'abandon par certains auteurs de ces dénominations trop proches des appellations nosographiques et de leur remplacement par des numéros.

Ce chapitre présente, échelle par échelle, les interprétations cliniques provenant de la synthèse de divers manuels d'interprétation du M.M.P.I., de nombreux articles ou notes de recherches notamment (Lachar, 1987; Hathaway et McKinley, 1989; Friedman, Webb et Lewak 1989; Dahlstrom, Welsh et Dahlstrom 1977; Aymés 1987), ainsi que de l'avis de cliniciens utilisant couramment le test.

L'échelle 1 : Hypocondrie (Hs)

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ (T ≥ 70). Un score T ≥ 70 dans l'échelle d'hypocondrie est le signe de très fortes préoccupations hypocondriaques qui s'accompagnent généralement d'une tendance à la manipulation de l'entourage. Ces personnes sont rigides, égocentriques, cyniques, pessimistes et négatives. L'angoisse sous-jacente de fond, ainsi que les traits de caractère anaux précités pourront attirer l'attention du clinicien sur une éventuelle organisation limite de la personnalité. L'échelle d'hypocondrie est en principe indépendante de plaintes somatiques réelles (voir description de l'échelle). Néanmoins, une personne réellement atteinte physiquement peut présenter un score élevé dans l'échelle Hs. Ce qui pourrait être le fait de tentatives de manipulations de l'entourage sur le thème de la pathologie somatique.

UN SCORE ÉLEVÉ (60 ≤ T ≤ 69). Traduit des préoccupations hypocondriaques certaines, mais peut être aussi dû à une pathologie réelle. C'est une note que l'on rencontre fréquemment chez les handicapés. En dehors de pathologie organique, on notera très certainement une immaturité affective, de l'obstination reflétant là encore une personnalité «anale».

UN SCORE NORMAL (45 ≤ T ≤ 59). Reflète des préoccupations corporelles nombreuses, la note brute correspondante se situant entre 16 et 22 selon le sexe.

UN SCORE BAS (T ≤ 44). Correspond à l'absence de plaintes somatiques vagues. Cette note peut aussi correspondre à un déni de toute préoccupation hypocondriaque. Ces personnes ne forment pas un groupe homogène. Le *Handbook* (Dahlstrom *et al.*, 1972) les décrit comme ouvertes à la communication, spontanées et ne s'inquiétant pas sans raison des réactions des autres. On retrouve fréquemment de tels scores chez des professionnels de la santé mentale. Un score très bas peut aussi correspondre à une volonté de ne pas afficher de symptômes somatiques dans le but de se présenter sous un jour favorable.

L'échelle 2 – dépression (D)

L'échelle de dépression mesure les aspects symptomatiques de la dépression. Hathaway et McKinley désiraient recueillir dans cette échelle les items relevant de dépression réactionnelle plutôt que structurale. L'interprétation diagnostique de cette échelle dépend, dans une large mesure, des scores obtenus aux autres échelles cliniques. Cette difficulté d'interprétation a conduit certains auteurs, comme Harris et Lingoes (1955), à élaborer des sous-échelles de l'échelle de dépression censées aider le clinicien à formuler un diagnostic. Ils distinguent alors les sous-facteurs suivants :

- D1 : dépression subjective,
- D2 : ralentissement psychomoteur,
- D3 : dysfonctionnement physique,
- D4 : ralentissement psychique,
- D5 : rumination morose.

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ (T ≥ 70). Pessimisme, auto-accusation, isolement, idées de culpabilité sont souvent les symptômes d'une dépression majeure et se retrouvent chez les sujets présentant un tel score. Si l'état dépressif paraît indiscutable, son

origine ne peut être découverte que par l'entretien clinique ou l'examen des autres échelles. Il pourrait paraître inutile de s'appuyer sur un questionnaire de personnalité pour diagnostiquer un état dépressif évident à ce stade de la dépression, et que le clinicien averti aurait certainement décelé avant même d'avoir assis le patient. On peut tout de même penser qu'un indice numérique de la dépression permet d'affiner et de confirmer un tel diagnostic. Par ailleurs, cet indice numérique peut aussi être utilisé dans le champ de la recherche (psychologique, médicale, pharmaceutique, etc.), comme toute mesure afin, par exemple, d'homogénéiser des groupes de sujets.

UN SCORE ÉLEVÉ (60 ≤ T ≤ 69). Les patients obtenant un tel score sont généralement décrits (Dahlstrom *et al.*, 1972; Graham, 1977) comme dépressifs au sens clinique du terme bien que la dépression puisse ici être masquée. On retrouvera les mêmes symptômes, mais moins marqués, que chez les sujets présentant un score très élevé.

UN SCORE NORMAL (45 ≤ T ≤ 59). Reflète bien souvent une dépression symptomatique actuelle ou passée.

UN SCORE BAS (30 ≤ T ≤ 44). Traduit, outre l'absence de dépression, une certaine ouverture d'esprit, une efficacité dans le travail.

UN SCORE TRÈS BAS (T ≤ 29). Se rencontre en général chez des personnalités agressives, sarcastiques, ayant tendance à se mettre en avant. Ce score peut refléter une incapacité à tolérer l'angoisse qui entraîne des défenses de type maniaque ayant pour but la mise en place d'un hyper contrôle des situations et des objets.

Risque suicidaire et M.M.P.I.

L'évaluation du risque suicidaire par le M.M.P.I. a fait l'objet de nombreuses études tant l'intérêt d'une telle mesure paraît

évident (Clopton, Pallis et Birtchnell, 1979; Leonard, 1977; Devries et Farberow, 1967). Bien qu'il soit illusoire de pouvoir prédire avec certitude le risque suicidaire avec le M.M.P.I., il semblerait, selon Clopton, Pallis et Birtchnell (1979), que l'analyse des variances (*cluster*) révèle des variations importantes entre les patients suicidaires et non suicidaires. Parmi les huit configurations pour lesquelles les deux échelles les plus élevées sont Pt et Sc, l'échelle D arrive en troisième position chez les patients suicidaires, alors que chez les patients non suicidaires c'est l'échelle Hs qui arrive en troisième position ($p < 0{,}05$). Ces auteurs précisent toutefois (Clopton, Pallis et Birtchnell, 1979, p. 138-139) que malgré ces résultats, « there is no indication that standard M.M.P.I. scales or M.M.P.I. profile analysis can reliably predict suicide as useful levels ».

L'échelle 3 – hystérie (Hy)

L'échelle d'hystérie évalue autant les symptômes de la conversion hystérique que les traits de caractère de la personnalité hystérique (hyperadaptation au milieu). Harris et Lingoes (1955) distinguent cinq sous-échelles dans l'échelle d'hystérie :

- Hy 1 : déni d'anxiété sociale,
- Hy 2 : besoin d'affection,
- Hy 3 : lassitude, malaise,
- Hy 4 : plaintes somatiques,
- Hy 5 : inhibition de l'agressivité.

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ ($T \geq 70$). Est le signe de personnes immatures, suggestibles, théâtrales, égocentriques et infantiles. Les relations sociales bien que facilement établies sont souvent très superficielles et manipulatrices. Les plaintes somatiques sont nombreuses et l'on notera une nette tendance à la dépression. Hathaway et McKinley (*in* Perse, 1986) évoquent des sujets particulièrement sensibles aux évanouissements, étourdissements et crises épileptiformes. Déni et refoulement des affects constituent les mécanismes de défense privilégiés. Les patients pointés par cette échelle sont très rarement psychotiques. Cette échelle semble donc être un bon indice de la structuration hystérique.

Toutefois, il est à noter que si un score élevé traduit généralement une structure hystérique, cette échelle laisse passer (scores normaux) un petit nombre de patients hystériques dont la personnalité ne fait aucun doute mais qui présentent un petit nombre de conversions somatiques. L'examen des sous-échelles, lorsqu'il est possible permet de pallier cette insuffisance du M.M.P.I.

UN SCORE ÉLEVÉ ($60 \leq T \leq 69$). Reflète probablement une structuration névrotique hystérique. Ces personnes sont extraverties et superficielles. L'examen des sous-échelles, en permettant de séparer dans le score total les items relevant de la personnalité hystérique des items relevant de la conversion, doit aider le clinicien dans l'établissement d'un diagnostic.

UN SCORE BAS ($T \leq 44$). Correspond en général à des personnalités froides, rigides, solitaires. L'agressivité peu contrôlée transparaît sous des sarcasmes, de l'ironie, etc., traduisant vraisemblablement une faiblesse du surmoi.

L'échelle 4 – déviation psychopathique (Pd)

« L'échelle Pd mesure la ressemblance du sujet avec un groupe d'individus dont les difficultés majeures résident dans leur absence de réactions émotionnelles profondes, leur incapacité à profiter de l'expérience acquise et leur mépris des usages sociaux. » (Hathaway et McKinley *in* Perse, 1986). Bien que l'échantillon initial n'ait pas comporté de grands délinquants, Gearing (1979) et Heilburn (1979) montrent que l'élévation de l'échelle Pd est en corrélation avec la présence de crimes violents mais uniquement chez des individus ayant moins de 95 de quotient intellectuel, la forme de ces crimes étant par ailleurs souvent de type « passage à l'acte ». Hathaway et McKinley (1944), en effectuant une validation

croisée de cette échelle, sur un groupe de prisonniers d'une part et de malades mentaux d'autre part, n'observent une élévation supérieure à deux écarts types du score que pour 59 % des prisonniers et 45 % des malades hospitalisés. Nous aurions donc tendance ici à considérer que cette échelle traduit surtout une faiblesse du Surmoi pouvant éventuellement entraîner des déviations psychopathiques. Harris et Lingoes (1955) différencient cinq sous-échelles à l'intérieur de l'échelle Pd :

- Pd 1 : mésentente familiale,
- Pd 2 : problèmes avec l'autorité,
- Pd 3 : imperturbabilité sociale,
- Pd 4a : aliénation sociale,
- Pd 4b : aliénation de soi-même.

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ (T ≥ 70). Se rencontre chez des personnes décrites comme impulsives, colériques, intransigeantes, imprévisibles avec tendance aux passages à l'acte. [illegible]opposition à toute autorité est le plus souvent manifeste [illegible] qu'elle puisse être retournée contre le Moi, ce qui s'accompagne généralement dans le M.M.P.I. de scores élevés sur l'échelle de dépression. Inversement, si l'échelle Ma (hypomanie) est élevée, les comportements antisociaux manifestes sont à craindre.

Toutefois, on peut trouver des scores élevés à cette échelle chez des personnes occupant des situations sociales importantes qui, au premier abord, peuvent paraître ouvertes, énergiques, perfectionnistes, etc. La faiblesse du Surmoi alliée à un bon niveau intellectuel n'est sans doute pas incompatible avec les « valeurs » d'efficacité mises systématiquement en avant dans nos sociétés. La pratique à long terme de telles personnalités révèle bien souvent que l'intérêt que ces personnes peuvent porter à autrui est en relation directe avec l'intérêt du sujet lui-même. En d'autres termes, l'élévation de l'échelle Pd n'est pas sans évoquer les personnalités limites avec toutes les variétés de surface que cette organisation de la personnalité peut présenter. Tendances paranoïaques, alcoolisme, toxicomanies, perversions sexuelles, etc.

UN SCORE ÉLEVÉ (60 ≤ T ≤ 69). Suggère un individu indépendant et peu conformiste sans que l'impulsivité soit trop manifeste. Ces personnes sont souvent énergiques et actives et il n'est pas rare de trouver dans leur histoire de réelles difficultés sociales ou familiales. Par ailleurs, ce type de score peut correspondre à des personnes ayant actuellement des difficultés avec la société ou la famille. De tels scores ne sont pas rares chez les adolescents sans toutefois qu'ils présagent systématiquement de difficultés ultérieures.

UN SCORE NORMAL (45 ≤ T ≤ 59). Traduit un niveau de conformisme social normal, n'entravant pas l'action.

UN SCORE BAS (T ≤ 44). Se retrouve chez des individus conventionnels moralistes et conformistes, passifs et peu affirmés. Leurs champs d'intérêts sont limités particulièrement dans le domaine de la sexualité. Ces restrictions sont peut-être dues à un Surmoi tyrannique.

L'échelle 5 – masculinité-féminité (Mf)

Avant toute tentative d'interprétation de cette échelle, il faut se souvenir que tous les items qui la constituent sont « évidents » (voir Wiener, 1948, et *infra*), c'est-à-dire qu'il est facile de découvrir leur sens. Il est donc aussi facile pour une personne voulant masquer (ou afficher) des tendances homosexuelles de le faire. Il conviendra donc d'être très prudent quant à l'interprétation des scores obtenus sur l'échelle Mf. L'interprétation de cette échelle se fait différemment chez l'homme et la femme.

a) Chez l'homme

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ (T ≥ 79). Est le signe d'individus très efféminés, sophistiqués, passifs et soumis. Il est clair que ces sujets ne s'identifient pas aux valeurs et rôles habituellement rencontrés chez les hommes. Ces personnes peuvent posséder de forts intérêts artistiques. Une homosexualité mani-

feste est souvent présente surtout si l'échelle de déviation psychopathique (Pd) est élevée.

UN SCORE ÉLEVÉ (70 ≤ T ≤ 79). Il se rencontre chez les personnes présentant de larges champs d'intérêts (surtout dans le domaine artistique et sportif), une intelligence supérieure à la moyenne mais aussi une certaine passivité et introversion. L'identification sexuelle semble poser des problèmes et la passivité peut aussi, par le biais de la formation réactionnelle, se transformer en une certaine agressivité. Lachar (1987, p. 20) décrit aussi la présence de problèmes familiaux dus à « l'incapacité de satisfaire les besoins de leur épouse ».

UN SCORE MODÉRÉ (60 ≤ T ≤ 69). Ces personnes présentent fréquemment d'importants intérêts esthétiques ou artistiques. On retrouve souvent des sujets possédant une éducation supérieure avec toutefois une certaine tendance à la passivité. L'échelle Pd est en général peu élevée et traduit une bonne intégration sociale.

UN SCORE NORMAL (41 ≤ T ≤ 59). Ces hommes sont décrits comme intéressés par les activités traditionnellement masculines sans pour autant rejeter systématiquement les autres.

UN SCORE BAS (T ≤ 40). Traduit sans aucun doute un grand intérêt pour les activités viriles. L'identification au rôle masculin typique est extrêmement forte : action, aventure, etc. Cette position reflète aussi une certaine réaction face à la présence de tendances féminines difficilement avouées ou avouables. Compte tenu du caractère évident des items, on peut se demander si cette catégorie ne rassemble pas (pour le meilleur et pour le pire?) les hommes virils et ceux qui ne veulent surtout pas passer pour autre chose que ce qu'ils sont censés être.

b) Chez la femme

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ (T ≥ 65). Très rare, ce score traduit sans aucun doute le peu d'identification aux rôles féminins traditionnels que la société (et les items du M.M.P.I.) proposent. Cette élévation de l'échelle peut être due à de réels intérêts masculins relevant d'une homosexualité plus ou moins manifeste et / ou acceptée chez ces femmes, ou bien à une attitude oppositionnelle. Domination et agressivité font aussi souvent partie du tableau clinique de ces personnes surtout si l'échelle Pd est élevée.

UN SCORE ÉLEVÉ (56 ≤ T ≤ 64). Est le score des femmes actives qui ne veulent pas se confiner dans des activités spécialement prévues et recensées pour elles. Ce score traduit sans aucun doute une certaine ouverture d'esprit, une compétitivité, etc. On notera que ce score s'élève naturellement chez les adolescentes et les jeunes femmes.

UN SCORE TRÈS BAS (T ≤ 34). Se rencontre chez des femmes extrêmement passives et soumises. Elles sont aussi souvent timides, mettent en avant la féminité, se plaisent à jouer le rôle de la faible femme. Ces scores très bas se rencontrent souvent chez des personnalités névrotiques (alors en association avec une élévation des échelles névrotiques).

L'échelle 6 – paranoïa (Pa)

Le but de l'échelle de paranoïa était, selon Hathaway (1956), d'évaluer les aspects cliniques de cette pathologie, tels que croyances illusoires, sentiment de persécution, d'influence, de grandeur, suspicion, interprétation et rigidité. La plupart des items qui la constituent étant « évidents » (voir *infra*), il peut arriver que les véritables paranoïaques passent à travers cette échelle. En revanche, des scores élevés traduisent certainement, sinon des malades paranoïaques, du moins des personnalités paranoïaques. Toutefois, certaines personnes prises dans un conflit réel peuvent néanmoins présenter des scores élevés en Pa.

La discriminabilité d'une telle échelle semble être assez douteuse pour de nombreux auteurs tels Harris *et al.* (1970), notamment en ce qui concerne les patients schizophrènes.

Ce qui se comprend aisément compte tenu de l'importance des phénomènes interprétatifs et paranoïdes d'une manière plus générale dans une telle pathologie. Pourtant Scagnelli (1975) montre que l'examen de l'échelle Pa conjointement à l'échelle de dépendance permet une meilleure discrimination des patients.

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ (T ≥ 80). Suggère une structure paranoïaque décompensée ou non. L'examen clinique et / ou l'examen des items discriminants sur ce point (présence ou absence de délire) devra faciliter le diagnostic. Ces patients sont décrits (Lachar, 1987) comme interprétatifs, présentant souvent un délire systématisé, des idées de persécution ou de mauvais traitement.

UN SCORE ÉLEVÉ (60 ≤ T ≤ 79). Rigidité, suspicion, ressentiment se retrouvent dans les personnalités présentant de telles notes T. La mise en avant de mécanismes de défense projectifs révèle vraisemblablement, dans ce type de scores, des personnalités paranoïaques le plus souvent non décompensées.

UN SCORE NORMAL (45 ≤ T ≤ 59). Traduit (sous réserve des erreurs à la baisse dues à la lisibilité ou évidence de certains items) une absence de personnalité paranoïaque révélée; attention et considération normale pour autrui, flexibilité du caractère et absence d'idées interprétatives.

UN SCORE BAS (T ≤ 44). Peut traduire un certain déni de la symptomatologie paranoïaque volontaire ou non. Ainsi, certains grands paranoïaques peuvent présenter des scores très bas à l'échelle Pa. En dehors de cette éventualité, on a affaire à des personnes extrêmement naïves et faciles à duper. Anderson (1956) a pu montrer que certains étudiants présentant des scores très bas avaient de plus grandes difficultés dans leurs études que les autres.

L'échelle 7 – psychasthénie (Pt)

Mesure essentiellement ce que l'on trouve sous la dénomination trouble obsessif-compulsif dans des classifications de type DSM ou CIM. Elle est aussi un très bon indice d'anxiété manifeste et lorsque son élévation s'associe avec l'échelle de dépression, cela traduit souvent une grande détresse de ces sujets. Rumination, doutes, culpabilité se retrouvent alors dans un tableau dépressif évoquant l'échec d'un aménagement d'une organisation plutôt basée sur l'analité.

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ (T ≥ 85). Agitations, ruminations, angoisses très vives et non contrôlées, phobies, hypocondrie, accompagnées ou non de sentiment de culpabilité constituent le tableau clinique de ces patients. La présence de tous ces symptômes empêche bien souvent ces individus d'avoir une vie professionnelle et familiale satisfaisante. Les mécanismes de défense tels l'isolation, l'intellectualisation ou les rationalisations inhibent les affects et contribuent à la pauvreté des relations sociales.

UN SCORE ÉLEVÉ (65 ≤ T ≤ 84). Reflète des individus anxieux, moralistes, rigides, tendus, avec tendance à l'agitation. Peu satisfaits de leur vie, ils éprouvent souvent de la difficulté à gérer leurs angoisses malgré le recours à toute cette symptomatologie compulsive et phobique.

UN SCORE UN PEU ÉLEVÉ (55 ≤ T ≤ 64). Traduit en général des personnes responsables, actives, perfectionnistes ayant tout de même une tendance à se remettre en question trop fréquemment. L'anxiété si elle se manifeste se rencontre généralement en haut de l'intervalle (T > 60) mais n'est pas invalidante, les mécanismes défensifs semblant adaptés. On notera toutefois un niveau d'anxiété plus important chez les femmes que chez les hommes à score égal.

UN SCORE BAS (T ≤ 44). Correspond à des individus confiants, relaxés, peu émotifs, apparemment sans soucis. On

les décrit (Lachar, 1987) comme présentant peu d'intérêt pour les situations à responsabilités. On pourrait penser aussi que la prise de responsabilités contribuerait à faire augmenter les symptômes pointés par cette échelle (notamment l'anxiété). Des personnes présentant de tels scores ne se rencontrent en général pas dans la population psychiatrique.

L'échelle 8 – schizophrénie (Sc)

Cette échelle est probablement la plus complexe à interpréter surtout si on la considère isolément. Bien qu'elle soit impliquée sans conteste dans les processus psychotiques, il ne faudrait pas se laisser tenter par des interprétations trop étroites.

Même un auteur américain comme Lachar (1987), pour lequel le concept de schizophrénie est bien plus étendu que dans son acception française (voir *supra*), voit dans les difficultés d'interprétation de Sc un argument supplémentaire pour abandonner la dénomination nosologique des échelles (dépression, hystérie, schizophrénie, etc.) au profit de leur désignation par numéros (8 en l'occurrence pour Sc). Ce n'est apparemment pas l'usage en France alors que notre conception de la schizophrénie (et des autres pathologies) est bien plus restrictive et justifierait d'autant cette pratique. Si notre spécificité culturelle nous incite à éviter les codages numériques dans le domaine de la personne humaine, il convient alors de s'assurer que ce choix n'est pas une source d'erreurs d'interprétation dont les conséquences dans ce domaine peuvent s'avérer très graves (surtout pour les malades bien entendu).

L'utilisation de l'informatique dans le domaine de la psychométrie offre une grande souplesse et de grandes facilités du point de vue de l'administration des tests et de leur cotation, et permet à des personnes peu qualifiées de pratiquer l'évaluation psychométrique. Il est indispensable que ces progrès techniques s'accompagnent d'une réflexion du moins critique sinon éthique.

Du fait de la correction par K (on rajoute au score brut de Sc le score brut de K), pour un score moyen de K (12 par

exemple), un individu ayant obtenu un score brut de 28 sur Sc se retrouve avec un score total de 28 + 12 = 40, ce qui correspond à une note T > 70. On peut donc atteindre des scores élevés (en notes T) sur l'échelle Sc en ayant validé seulement 28 des 78 items de l'échelle. Autrement dit, il y a énormément de façons différentes de faire augmenter l'échelle Sc, ce qui signifie qu'*en aucun cas l'élévation de cette échelle ne doit être interprétée comme relevant de la schizophrénie, voire même de la pathologie mentale si on l'interprète isolément.*

Ces restrictions étant posées, il n'en reste pas moins que l'élévation de Sc traduit généralement des difficultés dans les domaines suivants : pensée schizoïde, sentiment d'être incompris, d'être différent, sentiment d'influence, d'isolement, d'infériorité, difficultés d'expression, de communication, problèmes d'identité, etc.

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ (T ≥ 70). Isolement, introversion, difficultés de communication, schizoïdie, froideur, apathie, sont les traits de caractère que l'on va retrouver chez les personnes présentant de tels scores. Si les scores se rapprochent de 80 et particulièrement si la valeur de K est faible on peut craindre un processus psychotique sous-jacent avec troubles de la pensée.

UN SCORE ÉLEVÉ (60 ≤ T ≤ 69). Difficile à interpréter, ce score doit être rapporté à l'ensemble du profil, car il peut relever soit de personnalités créatives, différentes, etc., soit d'un processus psychotique en évolution. Un plus grand intérêt pour l'abstraction au détriment des choses pratiques, des difficultés ou un manque d'intérêt pour communiquer semblent constituer les traits de caractère de base de ces profils qui se rencontrent assez fréquemment chez les adolescents.

UN SCORE NORMAL (45 ≤ T ≤ 59). Il n'y a pas grand-chose à dire sur ce score normal, en dehors du fait que l'on peut très bien le retrouver chez des patients schizophrènes lors de périodes de rémission spontanées ou consécutives à une thérapie.

Un score bas (T ≤ 44). Reflète généralement des personnes conformistes, réalistes, peu intéressées par l'abstraction, la philosophie, les questions théoriques, etc. Elles sont souvent intolérantes et assez peu imaginatives. Ici encore, on peut se demander si cette attitude face aux items du test ne reflète pas un besoin excessif de contrôle lié à une problématique identitaire, pas forcément sous-tendue d'ailleurs par une structure purement psychotique. Je pense notamment ici à certaines personnalités narcissiques.

L'échelle 9 – hypomanie (Ma)

Le manuel du M.M.P.I. (Perse, 1986) précise (p. 28) que « l'échelle Ma mesure le facteur de personnalité caractérisant les personnes atteintes d'hyperactivité [...]. Le terme d'hypomanie exprime un degré inférieur de la manie ». Bien que l'élévation de cette échelle soit proportionnelle à la symptomatologie maniaque présente chez les sujets au moment où ils passent le test, de nombreux patients très maniaques sont trop agités pour pouvoir passer un M.M.P.I., avant d'être calmés par la chimiothérapie. Une fois l'agitation calmée, ils peuvent ne présenter qu'une faible élévation de Ma. C'est pourquoi cette échelle est surtout utile en dehors du milieu psychiatrique lorsque les tendances à la manie ne sont pas évidentes. Dans ce cas, l'élévation de l'échelle Ma peut être significative d'une véritable hypomanie, mais aussi de personnalités énergiques, ouvertes, ambitieuses, etc.

Un score extrêmement élevé (T ≥ 85). Situe probablement le sujet dans une véritable phase hypomaniaque. Ces personnes sont décrites comme expansives, distraites, imprévisibles, avec une tendance à la fuite des idées et présentant une hyperactivité générale. L'inflation du moi est fréquente.

Un score très élevé (70 ≤ T ≤ 84). Hyperactivité, labilité émotionnelle, impulsivité et irritabilité composent le tableau clinique de ces personnes qui les amène le plus souvent à

une inadaptation sociale et professionnelle directement consécutive à la présence de ces symptômes. S'il s'agit de traits de caractère constituant la personnalité habituelle, ces personnes sont décrites comme superficielles dans leurs relations, manifestant dans leurs centres d'intérêts d'intenses mais courts investissements.

Un score élevé (60 ≤ T ≤ 69). Ces individus sont souvent perçus comme agréables, énergiques, enthousiastes, sociables, manifestant de larges champs d'intérêts. Ils sont plutôt contents de vivre, optimistes, indépendants et ont confiance en eux. En haut de l'intervalle, on peut trouver une tendance à mal réagir à la frustration.

Un score normal (45 ≤ T ≤ 59). Traduit un niveau d'activité normal.

Un score bas (T ≤ 44). Traduit un niveau d'énergie et d'activité bas (asthénie) que l'on rencontre habituellement chez les personnes âgées, les personnes malades ou sous traitement anxiolytique.

Les scores très bas (T < 35) suggèrent un état dépressif se manifestant essentiellement par une inhibition intense même si l'échelle de dépression n'est pas très élevée.

L'échelle 0 – introversion sociale (Si)

Cette échelle reflète les difficultés qu'ont certains individus à établir des relations sociales. Timidité, introversion, isolement sont les traits de caractère que l'on peut dégager en première analyse. Cette échelle ne semble pas pouvoir être associée à une structure psychologique qu'elle soit névrotique, limite ou psychotique. En effet, le repli sur soi pouvant avoir bien des causes allant de l'anxiété névrotique de contact à l'autisme schizophrénique. Là encore, l'interprétation de cette échelle ne se fera sérieusement qu'en relation avec le reste du profil.

UN SCORE TRÈS ÉLEVÉ (T ≥ 70). Traduit une très nette introversion sociale. Timides, renfermés, distants et anxieux, ces individus manquent de confiance en eux.

UN SCORE BAS (T ≤ 44). Chaleur, extraversion, sociabilité, sont les traits de caractère de ces individus grégaires. De très bas scores (T < 35) peuvent suggérer une volonté manifeste de communiquer pouvant relever de la réaction défensive à la peur de la solitude et de l'isolement.

Entre ces deux extrémités se rencontre tout le continuum de la variable bipolaire bien connue introversion-extraversion, ce qui n'est pas étonnant au vu de la manière dont fut construite cette échelle (voir *supra*).

Codage

La procédure habituelle de cotation du M.M.P.I. aboutit à la construction d'un «profil» représentant graphiquement les notes du sujet. Toutefois, nombre d'ouvrages, d'articles ou de références au M.M.P.I. utilisent, pour représenter les résultats d'un sujet, la forme codée de son profil au lieu du profil lui-même. L'intérêt de cette méthode est évident : elle permet de réduire à une ligne de quelques chiffres et symboles typographiques ce qui aurait dû être représenté sous la forme d'un graphique. Malheureusement, comme toute réduction, elle induit une perte de l'information, ce qui rend impossible la reconstitution du profil à partir du codage. Néanmoins, l'étendue de l'utilisation de cette technique en rend la connaissance, sinon la maîtrise, indispensable au praticien du M.M.P.I. De plus, les méthodes d'interprétation du M.M.P.I., telle celle que nous décrivons *infra* (interprétation configurale du profil), se basent sur le principe du codage pour décrire les profils.

Il existe deux méthodes de codage des résultats : la méthode d'Hathaway et la méthode de Welsh, plus complète mais aussi plus complexe. Ces deux méthodes seront présentées ici à l'aide d'exemples.

La méthode d'Hathaway

Considérons les résultats suivants présentés dans le tableau ci-dessous.

Éch.	?	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Code	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Brute	3	11	14	10	14	40	20	14	29	4	35	32	8	14
Note T	50	72	61	46	64	92	53	46	58	35	85	79	29	28

La première étape consiste à écrire les codes correspondant aux échelles cliniques dans l'ordre décroissant de leurs notes T. Dans notre exemple, le score le plus élevé est D, avec une note T de 92. On écrit donc le code correspondant à D soit 2, puis le suivant, Pt avec un score de 85 codé 7, et ainsi de suite... On obtient donc dans notre exemple le code :

2 7 8 1 5 3 4 6 9 0.

La deuxième étape du codage consiste à placer les marques d'élévation en insérant une apostrophe (') après le dernier code dont la note T est supérieure à 70. Dans notre exemple, l'apostrophe sera placée après le 8. Le code devient :

2 7 8'1 5 3 4 6 9 0.

S'il n'y a pas de note T supérieure à 70 dans le profil, on notera l'apostrophe au début du code comme par exemple : 4 7 2... Il est aussi quelquefois d'usage d'utiliser deux apostrophes pour signaler les notes T supérieures à 80 et trois apostrophes pour signaler les notes T supérieures à 90. Dans notre exemple, cela aurait donné :

2'''7''8'1 5 3 4 6 9 0.

La troisième étape consiste à ôter du code les échelles pour lesquelles la note T est comprise entre 55 et 45 (exclusivement). Ainsi, dans notre exemple, nous devons ôter l'échelle 4 (T = 46). On remplacera le code de l'échelle par un tiret. Notre code devient donc :

2 7 8'1 5 - 6 9 0.

La quatrième étape consiste à souligner les échelles adjacentes dont les notes T sont égales ou ne diffèrent que d'un point. Dans notre exemple :

2 7 8'1 5 - 6 9 0.

(On souligne le 9 et le 0 car leurs notes T sont de 28 et 29.)

La cinquième étape consiste à écrire les valeurs des échelles (en notes brutes) L, F et K, dans l'ordre L, F, K et séparées par des points-virgules (;).

2 7 8'1 5 - 6 9 0 11; 14; 10.

Si la note brute de L est supérieure ou égale à 10 ou si la note brute de F est supérieure ou égale à 16, on placera un X̄ après le code des échelles cliniques pour indiquer que le profil pourrait être invalide. Soit dans notre exemple :

2 7 8'1 5 - 6 9 0 X 11; 14; 10.

La méthode de codage de Welsh

Cette méthode, plus complète que la précédente, présente l'intérêt d'apporter davantage d'informations. Elle est assez souvent utilisée dans les références anglo-saxonnes du M.M.P.I. Son principe est identique à la méthode d'Hathaway. Il y a seulement plus de codes pour délimiter les zones du profil. Reprenons notre exemple.

Éch.	?	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Code	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Brute	3	11	14	10	14	40	20	14	29	4	35	32	8	14
Note T	50	72	61	46	64	92	53	46	58	35	85	79	29	28

La première étape est identique à celle utilisée dans la méthode d'Hathaway et consiste à classer les échelles cliniques dans l'ordre décroissant de leurs valeurs en notes T.

2 7 8 1 5 3 4 6 9 0.

La deuxième étape consiste à placer les codes de séparation comme suit : il existe un signe approprié pour chaque valeur de T correspondant à une variation d'un écart type de la population de l'échantillonnage (pour chaque trait horizontal du profil). Ce signe est placé dans le code immédiatement à droite des échelles correspondantes. Le tableau suivant donne les signes en fonction des valeurs de T.

Tableau 20 : *Codage de Welsh*

Valeurs de T	Signes de codage
T ≥ 120	!!
120 > T ≥ 110	!
110 > T ≥ 100	°°
100 > T ≥ 90	°
90 > T ≥ 80	"
80 > T ≥ 70	'
70 > T ≥ 60	-
60 > T ≥ 50	/
50 > T ≥ 40	:
40 > T ≥ 30	#

Dans notre exemple, le code serait :

2° 7"8'1 - 5 3 / 4 : 6# 9 0

Les quatre échelles de validité « ? » L, F, et K se codent de la même manière mais séparément et sont positionnées à droite du code des échelles cliniques.

2° 7"8'1 - 5 3 / 4 : 6# 9 0 L'F-? / K:

On soulignera ensuite les échelles adjacentes dont les valeurs ne diffèrent que d'un point soit :

2° 7"8'1 - 5 3 / 4 : 6# 9 0 L'F-? / K:

Au cas où une ou deux valeurs d'intervalle de T ne seraient pas représentées dans le profil, les signes de codage doivent tout de même apparaître dans le code. Ainsi le profil suivant :

Éch.	?	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Code	?	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Note T	50	72	61	46	42	64	38	92	64	46	54	60	58	62

sera codé : 4°''' 2 5 0 8 - 9 7 / 6 1 : 3# L'F-? / K : .

Comme il n'y a pas de note T comprise entre 90 et 70, les signes correspondants sont tout de même placés après l'échelle 4, ce qui donne : 4 °'''.

Lorsque deux valeurs de T sont égales, les échelles sont placées dans l'ordre croissant de leur numéro d'ordre, soit ici 2 5 et non pas 5 2. Leurs valeurs étant égales, elles diffèrent de moins d'un point et sont par conséquent soulignées.

Interprétation configurale du profil

L'interprétation configurale du profil peut se faire soit à partir des codes, soit directement à partir du graphique. On remarquera que les échelles dans les codes sont classées de manière décroissante selon les valeurs de T, l'apostrophe indiquant, tout comme dans la méthode de codage d'Hathaway, une élévation T > 70 pour les échelles placées à sa gauche. On gardera tout de même à l'esprit que le M.M.P.I. (comme les autres questionnaires de personnalité) ne peut être considéré comme un instrument de mesure précis sans déviation aucune. Le clinicien avisé examinera donc les interprétations «proches» de son code et notamment les inversions surtout dans les cas d'écarts faibles entre les échelles.

Il est à noter que l'interprétation des codes à un chiffre (exemple : code 3'), peut-être différente de l'interprétation isolée de l'échelle considérée. En effet, un code unique implique la non-élévation des autres échelles. Ainsi, le code 3' concerne un sujet qui obtient un score élevé dans l'échelle d'hystérie *sans obtenir un score significativement élevé* dans d'autres échelles, comme dans l'échelle d'hypocondrie par exemple.

Le code 1'

L'élévation isolée de l'échelle d'hypocondrie traduit le déplacement chronique (et efficace) de l'angoisse sur la sphère corporelle. Cette cristallisation empêche bien souvent le patient de mettre en relation ses plaintes physiques avec une cause psychologique, ce qui le rend difficilement accessible à l'intervention thérapeutique. Ces personnes sont souvent décrites comme immatures, pessimistes et introverties.

Les codes 1 2 3', 2 1 3' ou 2 3 1'

Ces personnes présentent souvent une longue série de plaintes abdominales ou viscérales, accompagnée de sentiments de faiblesse et de fatigue générale. Une anxiété diffuse et chronique est bien souvent présente. Dans certains cas, on a pu mettre en évidence des symptômes tels que confusion, pensée psychotique, idées suicidaires, obsessions, ces symptômes n'étant pas très typiques ni d'intensité très élevée. Ils correspondraient alors à des tentatives répétées et donc infructueuses de cristallisation de l'angoisse. Chez des individus jeunes, on peut s'attendre à une structuration ultérieure plus stable et plus efficace, soit dans la voie psychotique, soit dans la voie névrotique. Dans le cas contraire et particulièrement pour les individus dont l'échelle 2 est très élevée, les manifestations dépressives et anxieuses sont plus probables.

Le code 1 2 3 4'

Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), ce profil est caractéristique des personnalités alcooliques. Les hommes présentant cette configuration sont souvent agressifs envers les femmes, particulièrement lorsque leurs besoins de dépendance sont frustrés. Toujours selon ces auteurs, la dépendance à la mère apparaît conjointement à des sentiments de rejet. L'élévation importante des échelles 1 et 3 reflète de nombreuses préoccupations hypocondriaques.

Le code 1 2 3 7'

Ce profil correspond à des individus qui présentent les symptômes du profil 123', en plus accentués, avec notamment présence d'anxiété manifeste et de somatisations nombreuses. De plus, on retrouve souvent une certaine inadaptation, des relations personnelles basées sur la dépendance, des sentiments et des conduites d'échec. Ces personnalités sont décrites comme faibles, peureuses, timides et facilement déprimées. A la longue, ces caractéristiques peuvent

2), présentant des crises d'angoisse paroxystiques. Ces patients se plaignent très souvent de douleurs cardiaques ou épigastriques. Ce profil peut être remplacé par l'élévation de l'échelle 9 et / ou une note K inférieure à 50. Il s'agit fréquemment de personnes rigides craignant les changements. Souvent peu adaptés aux situations de la vie courante et professionnelle, ces individus ont tendance à se reposer sur des personnalités plus fortes pour les aider à gérer leur quotidien. Très peu à l'aise dans les conflits, ces personnes paniquent en présence de l'agressivité des autres (particulièrement si 4 et / ou 0 sont peu élevées).

Le code 1 3 8'

Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), ces personnes ont tendance à exprimer des idées étranges, particulièrement en ce qui concerne la religion et la sexualité. Celles-ci s'accompagnent de vagues plaintes somatiques, ces individus présentent occasionnellement des épisodes majeurs de conversion somatique. Malgré l'élévation de l'échelle 8, il semblerait que les défenses de conversion empêchent une réelle décompensation psychotique. Ce type de profil est classiquement associé aux personnalités limites, particulièrement dans le cas où l'échelle 2 est, elle aussi, élevée (profil 1 3 8 2') ; là, il faudra craindre les réactions suicidaires plus ou moins manifestes, l'abus d'alcool ou de drogues.

Le code 1 5'

Les hommes présentant ce profil sont, selon Friedman, Webb et Lewak (1989), «cyniques, méticuleux, geignards» et ont un style de vie assez passif, plutôt tourné vers les activités intérieures. Les plaintes somatiques sont nombreuses; ce sont des personnes généralement peu engagées dans des conflits. Ces auteurs les décrivent comme possédant souvent une intelligence supérieure à la moyenne et provenant des classes économiques moyennes ou supérieures. Les adolescents obtenant ce profil sont décrits généralement comme ayant

des difficultés à exprimer ou à discuter de leurs problèmes (voir échelle K). Ils ont tendance à se présenter comme malades et ont d'ailleurs souvent une histoire de maladie dans leur enfance. Les garçons sont généralement assez efféminés et passifs.

Chez les femmes, on doit tenir compte de la classe sociale pour interpréter ce type de profil : dans une population urbaine de classe moyenne, un tel code (1 5' - 5 1') révèle une personnalité immature, pessimiste, avec tendance à mettre en avant ses plaintes somatiques, mais néanmoins agressive et dominatrice dans ses relations avec les hommes. Dans les classes rurales, ces femmes exercent souvent des activités professionnelles plutôt réservées aux hommes envers lesquels leur agressivité est moindre que dans le cas du milieu urbain.

Les codes 1 6' - 6 1'

Ces profils sont très peu fréquents, tant chez les hommes que chez les femmes. Ils décrivent généralement des personnalités rigides, colériques, très sensibles aux critiques des autres. Les passages à l'acte violents sont possibles, particulièrement chez les adolescents. On s'inquiétera de l'élévation de l'échelle 8 qui pourrait être le signe de personnalités psychotiques non décompensées grâce au déplacement somatique des symptômes. Dans tous les cas, la rigidité du caractère en fait des personnes très résistantes aux interventions psychologiques.

Les codes 1 7' - 7 1'

Ce profil combine l'anxiété somatique et les manifestations obsessionnelles. Les idées dépressives sous-jacentes sont fréquentes et plus souvent manifestes, ce qui donne des profils de type 1 7 2' ou 1 2 7'. Ici aussi, compte tenu de la rigidité de cette organisation, ces personnes sont très résistantes aux interventions thérapeutiques.

Les codes 1 8' - 8 1'

Plaintes somatiques et pensées bizarres composent ce profil. Selon Carson (1969), de telles personnes peuvent présenter des hallucinations somatiques surtout si l'échelle 1 est très élevée. Ces personnes sont peu adaptées socialement, particulièrement lorsque 0 est élevée. Ce profil est souvent associé à des personnalités psychotiques plus ou moins compensées par leurs déplacements somatiques. Peu stable telle qu'elle, cette structure s'accompagne souvent de sentiments dépressifs (profils 1 8 2' - 8 1 2'), pouvant éventuellement masquer les symptômes psychotiques, de préoccupations somatiques renforcées (1 8 3' - 1 3 8') ou d'obsessions (1 7 8' - 1 8 7'). Chez les adolescents, un tel profil (1 8' - 8 1') doit faire suspecter une entrée possible dans la psychose et craindre des comportements suicidaires, «à risque» et / ou addictifs.

Les codes 1 9' - 9 1'

Ce profil traduit de nombreuses plaintes somatiques associées à un haut degré d'agitation. En dehors de troubles organiques neurologiques, un tel profil peut être l'expression du déni hypomaniaque de problèmes d'origine fonctionnelle ou organique, visant à éviter la dépression sous-jacente liée à l'impossibilité d'intégrer ce dysfonctionnement somatique. Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), bien que ces personnes puissent apparaître en surface comme extraverties et agressives, leur fond est plutôt passif et dépendant. Bien qu'elles puissent apparaître comme ambitieuses, elles ont des difficultés à se fixer un but stable et par conséquent à l'atteindre.

Les codes 1 0' - 0 1'

Ce score extrêmement rare traduit l'isolement social et les plaintes somatiques. Lorsque l'échelle 8 est élevée, il faut craindre une structure schizophrénique décompensée ou non. Si l'échelle 2 est élevée, on doit craindre une dépression grave avec risque suicidaire.

Le code 2'

L'élévation isolée de l'échelle 2 traduit généralement une dépression réactionnelle, quand bien même les sentiments dépressifs seraient niés par le sujet. On s'intéressera à l'échelle 9 qui, si elle est peu élevée, signale un renforcement de la dépression plutôt sur le versant de l'inhibition. Bien que le pronostic psychothérapique de cette configuration dépressive soit en général favorable, il conviendra, comme dans toute organisation dépressive de surveiller attentivement le risque suicidaire.

Les codes 2 3' - 3 2'

Ce profil correspond à un état dépressif souvent chronique dans lequel l'inhibition prédomine. Il semblerait que cette dépression résulte de la difficulté à mettre en place de réelles défenses hystériques. Les conversions sont pourtant nombreuses, plus variées et labiles chez les femmes que chez les hommes pour lesquels c'est surtout la sphère digestive qui est touchée (ulcères, colites). Elles s'accompagnent fréquemment de troubles de la sexualité (frigidité, impuissance).

Les codes 2 4' - 4 2'

Ce profil correspond souvent à des personnalités psychopathiques en train de vivre une expérience dépressive réactionnelle, à l'occasion par exemple d'un placement hospitalier ou d'une incarcération.

L'alcoolisme et / ou la toxicomanie sont souvent présents surtout en cas d'élévation conjointe de l'échelle 8. Ce type de personnalité ayant particulièrement des difficultés à maîtriser ses pulsions (notamment agressives) on surveillera attentivement le risque de passage à l'acte (agressif, suicidaire, etc.) toujours présent. Chez les adolescents, un tel profil signale des difficultés à accepter l'autorité, qu'elle provienne de la société ou plus directement des parents. On craindra l'émergence de pulsions destructrices, soit dirigées vers les autres,

soit vers le sujet lui-même (suicide, toxicomanie, alcoolisme, comportements à risque, etc.). La dépression est souvent manifeste.

Les codes 2 4 3' - 4 2 3'

Ce profil dérivé du précédent laisse transparaître la même structure de base fondée sur la dépression et les difficultés sociales mais, ici, il semblerait que l'agressivité soit davantage métabolisée dans le sens de la somatisation. Cependant, cette organisation ne saurait être très stable. Les passages à l'acte (souvent surprenants) sont tout de même à craindre.

Les codes 2 4 7' - 4 2 7' - 4 7 2' - 7 4 2'

Sur la base du profil 2 4' (voir *supra*), s'ajoutent ici des troubles obsessionnels correspondant sans doute à des tentatives de régulation de l'angoisse et de l'agressivité. Ces troubles entraînent bien souvent de graves problèmes familiaux. Là encore et pour les mêmes raisons que précédemment, les passages à l'acte restent à craindre.

Le code 2 5'

L'absence de symptômes associés à la dépression suggère surtout une dépression réactionnelle ou récente. Les passages à l'acte sont peu probables. Chez les hommes, ce profil correspond à des personnes timides, anxieuses, sophistiquées, ayant des difficultés à gérer les relations sociales particulièrement avec les femmes. Chez les femmes, ce profil est peu fréquent et correspond souvent à des personnes qui tendent à contrôler avec agressivité des tendances dépressives plus profondes.

Les codes 2 6' - 6 2'

Dans ce score où les idées paranoïdes (d'autant plus marquées que l'échelle 6 est élevée) coïncident avec l'échelle de dépression, on a affaire à des personnes agressives, méfiantes,

et qui verbalisent les sentiments d'hostilité dépressifs tant vis-à-vis d'eux-mêmes que des autres. On s'intéressera à l'élévation conjointe des échelles 4 et / ou 8 qui doivent laisser suspecter une phase précoce de la psychose.

Les codes 2 7' - 7 2'

Très répandu dans la population psychiatrique, ce profil correspond à des personnes dépressives présentant de l'anxiété, de l'asthénie, des idées d'autopunition, d'autodévaluation et de culpabilité. Les idées suicidaires sont fréquentes et le passage à l'acte possible, particulièrement en présence de l'élévation des échelles 8 et 9 et / ou lorsque les échelles 1 ou K sont faibles.

Ce doublet 2 7' - 7 2' s'accompagne assez fréquemment de l'élévation des échelles 3, 4 et 8.

Lorsque l'échelle 3 accompagne les échelles 2 et 7, les symptômes d'anxiété et de phobie sont mis en avant et les sujets se trouvent souvent en situation de dépendance par rapport à d'autres personnes dont ils recherchent la protection.

Si l'échelle 4 est élevée, les symptômes dépressifs sont souvent plus marqués; particulièrement les sentiments de culpabilité, d'autodépréciation et de manque de confiance en soi. Ces personnes ne se sentent pas acteurs de leur vie. Friedman, Webb et Lewak (1989) remarquent que si l'échelle 3 est, elle aussi, élevée, on a souvent affaire à des personnalités alcooliques, l'alcool étant utilisé pour ses effets anxiolytiques et antidépresseurs.

Lorsque l'échelle 8 accompagne les échelles 2 et 7 / profils 2 7 8' ou 7 2 8' (attention, les profils 2 8 7' et 8 2 7' s'interprètent différemment), les sujets se présentent comme extrêmement tendus, nerveux, déprimés; ils ruminent des idées noires et les tentatives de suicide sont à redouter, particulièrement lorsque les échelles K et 1 sont inférieures à 50 et lorsque l'échelle 9 est, elle aussi, élevée.

Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), si l'échelle 4 est basse, passivité et soumission se retrouvent chez ces sujets.

Les codes 2 8' - 8 2'

Selon Dahlstrom, Welsh et Dahlstrom (1972), ce profil est celui d'individus qui tendent vers le repli sur soi et la dissociation. Confusion, difficultés de concentration, anxiété et dépression sont aussi présentes. Lorsque les échelles 2 et 8 sont toutes deux au-dessus de 75 ou 85 en notes T, on peut craindre un profil psychotique avec présence d'hallucinations. Les idées suicidaires sont fréquentes avec sérieuse possibilité de passage à l'acte, particulièrement chez les adolescents.

Si l'échelle 1 ou 3 est, elle aussi, élevée, les plaintes somatiques accompagnent le tableau clinique précédent. Ceci peut se produire lors de phases prépsychotiques.

Si l'échelle 4 est élevée, ce qui s'accompagne souvent d'une élévation de l'échelle F, les idées de pertes de contrôle de soi ou des phobies d'impulsion sont fréquentes. Des passages à l'acte sont possibles, particulièrement chez les adolescents, chez lesquels pourtant ce profil traduirait, selon Friedman, Webb et Lewak (1989), des pathologies sans doute moins lourdes que chez les adultes.

Si l'échelle de psychasthénie (7) s'élève en même temps que 2 et 8, on devra craindre des passages à l'acte suicidaire.

Les codes 2 9' - 9 2'

Statistiquement rare et apparemment paradoxal, ce score se présente selon Friedman, Webb et Lewak (1989) et Lachar (1974) dans trois situations :

– trouble cérébral organique (surtout si les échelles sont très élevées) ;

– tentatives maniaques de s'opposer à un état dépressif (dans le cadre de psychose maniaco-dépressive ou non) ;

– dépression identitaire commune à la crise d'adolescence.

Les codes 2 0' - 0 2'

Dans ce profil, la dépression n'est souvent pas très marquée mais a tendance à être chronique et accompagnée d'une perte des relations sociales comme l'indique l'élévation de l'échelle 0. Les demandes d'aide sont peu fréquentes, les patients se repliant plutôt sur eux-mêmes. On pourra craindre une personnalité psychotique schizoïde, surtout en présence de l'élévation de l'échelle 8.

Le code 3'

En l'absence de l'élévation significative d'autres échelles cliniques, une note T supérieure à 70 pour l'échelle 3 est le signe de personnalités histrioniques, conventionnelles, dont le principal souci est d'être bien acceptées par leur entourage, surtout si K est elle aussi élevée et F et 8 sont basses. Ces personnes craignent les situations conflictuelles. Le mécanisme principal de défense est la conversion somatique, les « malades » retirant par ailleurs un grand nombre de bénéfices secondaires de leurs somatisations.

Les codes 3 2'

L'interprétation est la même que le profil 2 3'. Toutefois, lorsque l'échelle 3 est beaucoup plus élevée que l'échelle 2, les symptômes somatiques et anxieux prennent nettement le pas sur les symptômes dépressifs qui peuvent être masqués.

Les codes 3 4' - 4 3'

L'élévation conjointe de ces deux échelles traduit la difficulté du contrôle des pulsions agressives, l'immaturité, l'égocentrisme. De fait, les relations personnelles et familiales sont difficiles. L'alcool est souvent présent. Selon Lachar (1974), l'amplitude de l'échelle 4 semble refléter les pulsions agressives, tandis que sur l'échelle 3 s'inscrivent les tentatives de contrôle de cette agressivité.

Si l'échelle 4 est beaucoup plus élevée que l'échelle 3, on peut craindre des accès d'agressivité dirigée vers les autres avec passage à l'acte. Chez les adolescents, de tels profils doivent faire craindre des problèmes de toxicomanie, de délinquance et de suicide.

L'élévation conjointe d'autres échelles (sauf les échelles 8 et 9), en diversifiant les voies d'expression de l'agressivité, réduisent ces risques de passage à l'acte.

L'élévation conjointe de l'échelle 5 suggère chez les hommes une personnalité immature et sexuellement perturbée dans le sens de l'exhibitionnisme, voyeurisme, etc.

Si l'échelle 6 s'associe aux échelles 3 et 4, on pourra redouter des passages à l'acte agressif, extrêmement violent chez des personnes apparemment calmes voire inhibées.

Les codes 3 5' - 5 3'

Chez les hommes, un tel profil reflète de la passivité et un caractère renfermé. Timidité, anxiété, besoin d'aide sont aussi fréquents.

Chez les femmes, ce profil est extrêmement rare. Friedman, Webb et Lewak (1989) recommandent d'ignorer, dans un premier temps, l'échelle 5 pour l'interprétation de ce profil et de l'interpréter en fonction de la combinaison de l'échelle 3 et de l'échelle arrivant en troisième position sur le code. On extrapolera ensuite cette personnalité en tenant compte de la signification de l'échelle 5 chez les femmes.

Les codes 3 6' - 6 3'

Tout comme le profil 3 4' - 4 3', les somatisations (échelle 3) sont ici autant de tentatives de régulation des pulsions hostiles paranoïaques. Lorsque l'échelle 3 est plus élevée que l'échelle 6, le déni et le refoulement des pulsions ne laissent transparaître qu'une personnalité très sensible aux critiques, égoïste, susceptible et qui, sur le plan somatique, souffre fréquemment de maux de tête ou de gorge (habituellement).

Lorsque l'échelle 6 est plus élevée que l'échelle 3, l'hostilité et l'égocentrisme deviennent plus manifestes. Ces personnes recherchent souvent le pouvoir et le prestige; elles sont rigides et intransigeantes. Les réactions somatiques sont aiguës et souvent imputées au stress. La décompensation paranoïaque n'est pourtant pas usuelle, les défenses somatiques parvenant en général à remplir leur fonction.

Les codes 3 7' - 7 3'

Stress, anxiété, insomnies et somatisations constituent le tableau clinique des personnes présentant ce profil. Tous ces symptômes s'accompagnent généralement d'un déni des problèmes psychologiques (K élevée) qui rend l'intervention psychologique difficile.

Les codes 3 8' - 8 3'

Les symptômes mis en avant pour les personnes présentant ce profil relèvent surtout de difficultés de concentration, difficultés à penser, à prendre des décisions, accompagnées de troubles somatiques tels que maux de tête et insomnies. Ces personnes établissent avec les autres des relations de dépendance dues à leur intense besoin de gratification et de réassurance narcissique. Toutefois, ces relations sont vécues comme angoissantes (relation anaclitique). Certains symptômes psychotiques peuvent apparaître sporadiquement tels que sentiment d'irréalité, pseudo-hallucinations, etc. Il semble bien que ce profil soit assez caractéristique des personnalités dites « limites » ou « pseudo-névrotiques ».

Les codes 3 9' - 9 3'

Ces personnes présentent souvent des épisodes d'angoisse paroxystique sur un fond anxieux et une personnalité attachante, ouverte, chaleureuse, particulièrement lorsque l'échelle 0 est basse. Malgré cela, ces personnes sont sensibles à la critique et présentent souvent des conflits de « dépendance-indépendance ». Le pronostic thérapeutique est bon.

Les codes 3 0' - 03'

Très rare, ce profil correspond à des personnes passives, dépendantes et très peu sociables. Cet arrangement semble être stable et peu gênant.

Le code 4'

Cette échelle a été créée à l'origine pour mesurer les caractéristiques de la personnalité d'un groupe de personnes amorales, asociales et présentant des traits psychopathiques. Les personnes présentant une élévation isolée de l'échelle 4 manifestent souvent une grande impulsivité, un manque de respect envers les règles sociales, l'autorité et les autres personnes. Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), cette agressivité pourrait être, dans quelques cas, situationnelle, particulièrement chez des adolescents, des étudiants ou des individus appartenant à des minorités culturelles. En dehors de ces cas de figure, l'impulsivité et l'agressivité sont chroniques et les perspectives d'amélioration faibles. Les passages à l'acte agressif sont à redouter et dépendent de l'élévation des autres échelles, en particulier lorsque les échelles 9 et 8 sont élevées alors que K est basse.

Les codes 4 5' - 5 4'

Il s'agit donc le plus souvent d'hommes (les femmes ne présentant que très exceptionnellement une élévation de l'échelle 5 supérieure à 70). Toutefois Aymes (1987) fait remarquer que Sutker, Allain et Geyer (1978) rencontrent ce profil chez 23% des femmes condamnées pour meurtre. Pour Friedman, Webb et Lewak (1989), ce profil ne saurait être interprété correctement qu'en tenant compte de l'âge, de l'éducation et du sexe de la personne.

Bien que ce profil chez des adolescents soit souvent synonyme de violence, d'échec scolaire, de rébellion contre l'autorité, en l'absence d'élévation significative des échelles 8, 9 et 0, le bon maintien des relations sociales (avec leurs

pairs, non avec l'autorité évidemment) est plutôt le signe d'une évolution favorable avec l'âge.

Selon Aymes (1987), chez des étudiants, ce profil traduit des difficultés relationnelles, surtout avec l'autre sexe mais n'est pas forcément synonyme d'homosexualité.

Les adultes présentant ce profil et ayant un niveau d'éducation faible sont décrits comme narcissiques, non conformistes, voire anticonformistes.

Lorsque le niveau d'éducation est plus élevé, l'anticonformisme et l'agressivité se subliment souvent dans l'appartenance à des mouvements de protestation, de revendication sociale. Ces personnes sont décrites comme dominantes et dépendantes, ce couple n'étant pas sans créer de conflits, le besoin de dépendance s'alliant à la crainte d'être dominé. L'homosexualité est fréquente et souvent affichée.

Chez la femme, ce profil est très peu fréquent et s'accompagne souvent d'une élévation des échelles 8 et 9. Ces femmes rejettent l'image d'une féminité passive pour elles-mêmes et pour les autres. Il s'agit souvent de femmes manifestant une homosexualité affichée et ayant des difficultés à élaborer des relations avec les hommes, autrement que sur le mode de l'agressivité. Cette homosexualité peut encore se manifester par le choix d'une activité professionnelle habituellement masculine (garagiste, maçon, etc.).

Echelle 4 élevée, échelle 5 très basse

a) Chez les hommes

Ce profil reflète le besoin de l'individu de manifester un comportement masculin, voire hypermasculin. Chez les adolescents ou les personnes d'un niveau social éducatif peu élevé, ceci peut correspondre à un besoin de se conformer à un idéal groupal. Chez des adultes d'un milieu plus élevé, cette hypervirilité affichée pourrait bien masquer des difficultés à communiquer avec l'autre sexe, et même, pourrait être le reflet d'une dénégation effrénée de pulsions homosexuelles inacceptables.

b) Chez les femmes

L'agressivité dirigée vers les hommes est souvent très forte, même si elle ne peut être exprimée ouvertement. Cette agressivité ressort toutefois à l'occasion de crises, de scènes de ménage... provoquées non sans un certain plaisir masochiste (particulièrement si l'échelle 6 est élevée), ce plaisir se poursuivant souvent après les crises par celui de s'apitoyer sur son propre sort ou celui de se faire plaindre.

Les codes 4 6' - 6 4'

Plus fréquent chez la femme et les adolescents que chez l'homme (chez lequel il est considéré comme plus pathologique), ce profil s'accompagne souvent d'une élévation relative des échelles 2, 3 et 8. L'agressivité, l'hypersensibilité aux critiques, la susceptibilité constituent la base de telles personnalités.

a) Chez les hommes

Ce profil doit faire suspecter une structuration prépsychotique ou limite. L'agressivité est toujours présente bien qu'elle puisse être dans certains cas somatisée. Lorsque l'échelle 4 est très élevée, on peut s'attendre à des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie, etc. Si l'échelle 6 prédomine, ce sont surtout les problèmes paranoïdes qui constituent le tableau clinique.

b) Chez les femmes

L'interprétation peut être la même que chez l'homme, mais plus rarement. Souvent, le tableau est moins pathologique et reflète une agressivité mal contrôlée. On s'intéressera à l'élévation (faible) de l'échelle 5 constituant alors le « V passif-agressif ». Ces profils traduisent l'extrême passivité et dépendance des femmes caricaturalement identifiées au rôle traditionnel féminin. Ces femmes éprouvent un grand besoin d'affection et de reconnaissance jamais assouvi en raison de leur attitude provocatrice, agressive et jalouse vis-à-vis des hommes. Les autres femmes sont très souvent vécues comme des rivales.

c) Chez les adolescents

Ce profil peut résulter, en dehors d'une situation prépsychotique, d'un violent conflit avec les parents et les représentations de l'autorité. Cette violence peut conduire à des passages à l'acte agressifs.

Les codes 4 6 2' - 6 4 2'

Ce profil correspond à un état dépressif anxieux avec agitation, dont le patient tente de se défendre avec des mécanismes projectifs de son agressivité engendrant des passages à l'acte qui, eux-mêmes, entraînent de la culpabilité et renforcent la dépression. Tout comme dans le profil 4 6', les personnalités sont bien souvent très dépendantes et revendiquent énormément d'affection, ces besoins n'étant alors jamais comblés, tant à cause de l'importance exagérée de la demande qu'à cause de la personnalité hostile du demandeur. Les tentatives de suicide plus ou moins manipulatoires sont à craindre.

Les codes 4 6 3' - 6 4 3'

Ce profil est sensiblement identique au précédent à la différence près que, dans ce cas, la dépression est beaucoup moins marquée (sans doute grâce à l'importance des mécanismes de conversion). En revanche, les revendications d'amour, d'affection sont encore plus importantes.

Ces patients happent littéralement leur entourage, voire leur thérapeute.

Les codes 4 6 8' - 6 4 8'

Ce profil est le plus souvent un profil psychotique de schizophrénie paranoïde ou de paranoïa ou de personnalité para-

noïde schizoïde non décompensée. L'agressivité, l'hostilité toujours présentes sont souvent niées par le sujet. On craindra particulièrement les passages à l'acte agressifs, les problèmes de toxicomanie, d'alcoolisme et de suicide.

Les codes 4 7' - 7 4'

Ce profil reflète bien souvent un mécanisme cyclique d'oscillation entre des périodes où le sujet est agressif, viole les règles sociales, abuse de l'alcool, des drogues, etc., et des périodes où le sujet regrette et se sent coupable de ses précédents comportements.

Les codes 4 8' - 8 4'

Selon Dahlstrom, Welsh et Dahlstrom (1972), ce profil traduit au moins une personnalité schizoïde. De mauvaises relations sociales, de l'imprévisibilité, de l'anxiété, de l'agressivité, des pensées bizarres constituent le tableau clinique de ces personnes. Les hommes adultes présentant ce profil sont souvent violents, particulièrement du point de vue de la sexualité. Cette violence peut aboutir à des délits (abus sexuels, agressions, crimes), souvent très impulsifs et sauvages (particulièrement en présence de l'élévation des échelles 6 et / ou 9). Selon Aymes (1987), on rencontre souvent ce type de profil chez des personnes ayant commis des attentats à la pudeur sur des enfants (Mc Creary, 1975), des violeurs (Armentrout et Hauer, 1978), des violeurs exhibitionnistes (Rader, 1977).

Chez les femmes, la violence est surtout dirigée vers elles-mêmes et il y a un véritable risque suicidaire.

Les codes 4 8' - 8 4' avec F élevé et 2 peu élevée

Ces personnes sont agressives et aiment manipuler les autres en leur inspirant crainte et culpabilité. Friedman, Webb et Lewak (1989) font remarquer que ces personnalités peuvent se stabiliser dans des emplois utilisant ces caractéristiques

(militaires, policiers, etc.). Si l'adaptation est moins réussie, on peut parler de sociopathie.

Les codes 4 8 2' - 8 4 2'

Il s'agit du même profil que 4 8'- 8 4', avec en plus la dépression qui augmente le risque suicidaire.

Les codes 4 9' - 9 4'

Ces patients sont souvent décrits comme impulsifs, immatures, égocentriques et narcissiques. Ils ont du mal à accepter les contraintes et leurs responsabilités. Ils résistent mal à la frustration, ce qui les conduit à effectuer des passages à l'acte ou éventuellement à somatiser. L'abus de drogues et / ou d'alcool n'est pas improbable (Gynther *et al*, 1973). Ce profil se rencontre fréquemment chez des personnes ayant des difficultés conjugales, ayant abusé d'enfants (Paulson, Alifi, Thomason et Chaleff, 1974, cité par Aymes, 1987). En dehors de ces situations excessives, de nombreux auteurs (Friedman, Webb et Lewak, 1989; Lachar, 1974; Aymes, 1987) s'accordent à dire que ces personnes peuvent toutefois créer une impression favorable à leur entourage par leur enthousiasme, leur absence d'anxiété, leur peu d'inhibitions. Mais à la longue, leur narcissisme et égocentrisme a plutôt tendance à avoir raison de ces impressions superficielles.

Chez les adolescents, un tel profil traduit souvent des conflits importants avec les parents, l'école et la société en général; les passages à l'acte, l'abus de drogues, d'alcool, le manque d'interdits les conduisent souvent à avoir des problèmes avec la justice. Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), tant chez les adolescents que chez les adultes, la probabilité de passage à l'acte délinquant ou agressif est moins importante si l'échelle K est au-dessus de 50 et / ou si les échelles 2, 5, 7 et 0 sont en troisième position au-dessus de 70 (profils 9 4 2', 9 4 5', 9 5 7', 9 4 0').

Friedman, Webb et Lewak (1989) remarquent encore que si l'échelle 0 est en dessous de 50, la personne sera très

sociable, et aura plutôt tendance à manipuler les autres pour qu'ils exécutent ses propres comportements asociaux et pulsions agressives.

Lorsque l'échelle 6 est, elle aussi, élevée (codes 4 9 6' ou 9 4 6'), on doit craindre sérieusement des passages à l'acte très violents pouvant conduire à l'homicide (surtout si l'échelle 8 est, elle aussi, élevée).

Les codes 4 9 8' - 9 4 8'

Chez l'adulte, ce profil est souvent le signe d'une structuration psychotique décompensée ou non. Il peut correspondre, en plus des caractéristiques du profil 4 9', à une intense crise d'adolescence provoquant ces pensées et comportements bizarres, caractéristiques de l'élévation de l'échelle 8.

Le code 4 0'

Ce score, très peu fréquent, correspond à des personnes à la fois agressives et introverties. Leur agressivité ne se reporte donc pas directement sur les autres mais se traduirait plutôt par des ruminations solitaires. Friedman, Webb et Lewak (1989) suggèrent d'interpréter ce profil en écartant l'échelle 0 (un profil 4 0 3' serait alors interprété comme 4 3'), puis en réintroduisant dans l'interprétation les caractéristiques de l'échelle 0.

Le code 5'

Bien que destinée à l'origine à évaluer l'homosexualité masculine, l'interprétation de cette échelle dépasse largement cet objectif.

a) L'élévation de l'échelle 5 chez l'homme

Elle n'est jamais à elle seule suffisante pour conduire à un diagnostic d'homosexualité. Elle est fortement corrélée avec le niveau d'éducation, l'intelligence et le milieu culturel.

Néanmoins, les personnes qui souhaitent affirmer leur homosexualité peuvent le faire aisément sur cette échelle, particulièrement sur les 6 items qui évoquent directement l'attirance vers des personnes de même sexe.

Une étude de Gough, Mc Kee et Yandell (1955) a permis d'établir une longue liste d'adjectifs caractéristiques des personnalités obtenant un score élevé sur l'échelle 5 : ambitieux, capables, prudents, doués, curieux, efféminés, impartiaux, méticuleux, imaginatifs, perspicaces, intelligents, logiques, matures, nerveux, organisés, persévérants, prévoyants, précis, sensibles, sérieux, dégourdis, humbles et tolérants. Ils sont aussi décrits comme ayant de larges champs d'intérêts.

b) L'élévation de l'échelle 5 chez la femme

Les femmes ayant une élévation de l'échelle 5 sont souvent péremptoires, compétitives, indépendantes, confiantes, spontanées et dominantes, voire agressives et peu désireuses de se conformer à une image féminine habituelle. Leurs tendances homosexuelles peuvent être manifestes ou s'exprimer à travers des carrières plutôt masculines.

c) Un score très faible de l'échelle 5 chez l'homme

Renvoie à une très forte identification (caricaturale?) aux rôles et comportements typiquement masculins, qui peut refléter l'angoisse de ces personnes face à l'émergence de leurs pulsions homosexuelles.

Les codes 5 6' - 6 5'

Il y a peu d'informations sur ce profil extrêmement peu fréquent. Friedman, Webb et Lewak (1989) notent toutefois que ces personnes sont en général très sensibles à la contrariété et craignent leurs réactions émotionnelles vis-à-vis des autres. Elles peuvent devenir irritables face à une demande imposée. La plupart ont un bon niveau d'éducation. Ce profil doit être interprété aussi en excluant l'échelle 5. Par exemple, un profil 5 6 3' sera aussi interprété en termes de 6 3'.

Les codes 5 7' - 7 5'

Anxieux, indécis, introspectifs et malheureux sont les qualificatifs employés par Friedman, Webb et Lewak (1989) pour décrire les hommes possédant un tel profil. Les relations hétérosexuelles sont souvent vécues difficilement.

Chez les femmes, l'élévation de l'échelle 7 aurait un effet plus ou moins inhibiteur de l'agressivité relative à l'élévation de l'échelle 5.

Les codes 5 8' - 8 5'

Selon Aymes (1987), les étudiants présentant ce profil ont « probablement déjà abusé d'alcool ». Ils se situent davantage sur le versant dépressif que schizophrénique malgré la présence de préoccupations d'ordre religieux et de paresthésies. Pour Friedman, Webb et Lewak (1989), les hommes présentant ce profil sont introspectifs. La plupart se sentent confus, malheureux et dépendants des autres. L'interprétation de ce profil doit aussi être faite en omettant l'échelle 5.

Les codes 5 9' - 9 5'

Chez l'homme, l'élévation de l'échelle 5 conjointement à l'échelle 9 aurait tendance à réduire les passages à l'acte relatifs à cette dernière. Les hommes présentant ce profil sont souvent dépendants, particulièrement de leur mère. Chez la femme, l'élévation de l'échelle 5 augmente l'agressivité. Pour les deux sexes, ce profil devra être aussi interprété en omettant l'échelle 5.

Les codes 5 0' - 0 5'

Les hommes présentant ce profil sont en général très introvertis. Les difficultés avec l'autre sexe sont particulièrement fréquentes. Chez les femmes, l'élévation de l'échelle 0 diminuerait l'agressivité relative à l'échelle 5. Pour les deux sexes, l'interprétation de ce profil devra aussi être faite en omettant l'échelle 5.

Le code 6'

L'interprétation de ce profil doit être faite avec beaucoup de circonspection. En effet, si des scores très élevés (T > 80) indiquent probablement un syndrome paranoïaque, que ce soit dans le cadre de la paranoïa, de la schizophrénie paranoïde ou d'états paranoïdes transitoires, un score relativement élevé (70 < T < 80) révèle plutôt des personnalités sensibles peu confiantes en elles, facilement heurtées par les autres et particulièrement par la critique. Hathaway et Meehl (1951) trouvent pour ce profil des hommes sympathiques, affectueux, généreux, reconnaissants, sentimentaux, paisibles, courageux et possédant de larges champs d'intérêts. Les femmes sont décrites par ces mêmes auteurs comme émotives, douces et sensibles. Elles sont perçues par les autres comme franches et nerveuses.

Des scores faibles (T < 40) peuvent correspondre, selon Friedman, Webb et Lewak (1989), à deux cas de figure. Dans la plupart des cas, ces personnes sont conventionnelles, confiantes, peu sensibles, naïves et crédules ; elles sont par ailleurs souvent peu intelligentes et manquent de réussite. Toutefois, un tel score peut correspondre à des personnes déniant la sensibilité des autres, ou suspicieuses, voire paranoïaques. Ceci pourrait paraître paradoxal mais l'échelle 6 est constituée pour une large part d'items évidents.

Les codes 6 7' - 7 6'

Peu fréquent, ce profil correspond généralement à des personnes très anxieuses, hypersensibles, ruminatrices, suspicieuses et déprimées. Aymes (1987) pense qu'il est peu probable que ces personnes soient réellement paranoïaques. Il est possible qu'il s'agisse d'une structure psychotique compensée par un syndrome obsessif-compulsif, la décompensation psychotique n'étant pas à exclure, selon Friedman, Webb et Lewak (1989). On s'intéressera à l'élévation des échelles 2 et 8, les plus fréquemment associées à cette configuration.

Les codes 6 8' - 8 6'

(Voir aussi selon Friedman, Webb et Lewak, 1989, les codes : 4 6 8', 6 4 8', 4 8 6', 8 4 6', 4 8 9'et 8 4 9'.) Souvent accompagné d'une élévation de l'échelle F, ce profil traduit fréquemment des problèmes psychopathologiques graves tels que paranoïa, schizophrénie paranoïde; particulièrement lorsque les échelles 6 et 8 sont de 10 points T plus élevées que l'échelle 7 (V paranoïaque).

Les codes 6 9' - 9 6'

Selon Lachar (1987), dans cette configuration, l'échelle 6 peut correspondre à certains aspects paranoïdes de la manie, comme la surestimation de soi et des idées de grandeur. Cet auteur pense que l'échelle 6 reflète l'augmentation de l'anxiété et de l'agressivité maniaque directement exprimées; ceci tout particulièrement lorsque l'échelle 4 est elle aussi élevée. Ce qui est souvent le cas.

Pour Friedman, Webb et Lewak (1989), ces personnes sont tendues, agitées et sont extrêmement sensibles à des situations mineures, perçues exagérément comme dangereuses. Il semblerait alors que ce profil, même lorsque l'échelle 9 est plus élevée, corresponde à des tentatives maniaques de réduction d'angoisses paranoïdes relevant d'une personnalité paranoïaque.

Lorsque l'échelle 8 est associée à ce profil, il n'est pas rare de voir de la confusion mentale, plus généralement des troubles de la pensée. On rencontrera aussi fréquemment un délire paranoïde accompagné ou non d'hallucinations ou pseudo-hallucinations.

Les codes 6 0' - 0 6'

Extrêmement rare, l'interprétation de ce profil n'est mentionnée que dans quelques ouvrages. Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), il s'associe, la plupart du temps, aux échelles 2 ou 4 qui arrivent alors en troisième position. Il cor-

respond à des personnes timides, renfermées, qui pensent ne pas pouvoir gagner l'estime et l'acceptation des autres.

Le code 7'

L'élévation isolée de l'échelle 7 correspond à des tentations phobiques ou obsessionnelles de contenir une angoisse pas forcément névrotique. Selon Lachar, certains de ces patients sont appelés « psychotiques obsessionnels » du fait de leur comportement bizarre. Friedman, Webb et Lewak (1989) notent surtout les sentiments d'infériorité, de culpabilité pour des scores proches de 70, les obsessions et phobies étant plus probables pour un score T supérieur à 80. Hathaway et Meehl (1951) décrivent les hommes obtenant des scores élevés sur l'échelle 7 comme sentimentaux, paisibles et faciles à vivre, mais aussi comme bavards, individualistes et insatisfaits. Les scores obtenus par les femmes traduisent davantage les phobies et les compulsions.

Les codes 7 8' - 8 7'

Malgré l'élévation de l'échelle 8, les patients présentant ce profil sont généralement décrits comme se répartissant entre névrose et psychose. Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), chez les adultes, lorsque l'échelle 8 est supérieure à l'échelle 7, on se trouve vraisemblablement en face d'une structuration psychotique probablement schizophrénique. Le profil 7 8' traduit davantage d'anxiété, ce qui pour Aymes (1987) correspond à une résistance contre l'envahissement des troubles de la pensée et du comportement.

Chez l'adolescent, selon Friedman, Webb et Lewak (1989), le code 7 8' est tout aussi préoccupant que le code 8 7'.

Dans tous les cas, ces personnes sont anxieuses, dépressives, ruminatrices et introverties. Elles peuvent présenter des hallucinations. Le risque de suicide est élevé et peut prendre des formes bizarres de mutilations, particulièrement en cas d'élévation importante de l'échelle 8.

Les codes 7 9' - 9 7'

Peu fréquent, ce profil correspond généralement à des périodes paroxystiques d'agitations anxieuses s'inscrivant chez des personnes dont l'anxiété est chronique. On pourra rencontrer avec ce profil toute la symptomatologie maniaque, avec notamment les troubles de la pensée, les ruminations, l'agitation, la logorrhée, les insomnies, etc. Les périodes dépressives peuvent aussi apparaître, particulièrement en cas d'élévation conjointe de l'échelle 2.

Les codes 7 0' - 0 7'

Anxieux, timides, ruminatifs et dépressifs, ces individus sont aussi extrêmement introvertis, au point, pour certains d'entre eux, de ne presque plus pouvoir communiquer.

Le code 8'

Les personnes obtenant un score élevé sur l'échelle 8 sont souvent atteintes de pathologies ou d'inadaptations sévères. Selon Friedman, Webb et Lewak (1989), lorsque l'échelle 8 est plus élevée (T autour de 95), on se trouve plus vraisemblablement en face d'un problème lié à la situation déstabilisant l'identité et paniquant le sujet, que dans le cas d'une psychose chronique qui, elle, se traduit généralement par des scores plus modérés (95 > T > 75).

Des scores élevés (T autour de 70) peuvent traduire une certaine originalité de pensée, des intérêts abstraits et théoriques en dehors de toute pathologie. Ils peuvent aussi être le fait de manifestations psychotiques occasionnelles (symptômes psychotiques des états limites par exemple).

Les codes 8 9' - 9 8'

L'élévation simultanée de ces deux échelles traduit à l'évidence une pathologie mentale grave, surtout si F est, elle aussi, élevée.

Dans la plupart des cas, on observera des troubles de la pensée qui se manifestent; soit sur le versant schizophrénique, soit sur le versant maniaque. Les hallucinations et délires sont fréquents. Les relations sociales sont très souvent réduites au minimum, surtout avec le sexe opposé.

Les codes 8 0' - 0 8'

L'isolation sociale est le plus marqué des symptômes de ces personnes. L'introspection, l'anxiété, la dépression, l'insomnie sont souvent présentes, mais aussi quelquefois la confusion et le sentiment d'incompréhension. Chez les adolescents, ce profil doit faire suspecter l'entrée en schizophrénie.

Le code 9'

L'élévation unique de l'échelle 9 n'est pas peu fréquente. Un score très élevé (T supérieur ou égal à 85) reflète probablement un épisode hypomaniaque. Les véritables maniaques ne peuvent même plus répondre de manière cohérente tellement l'agitation est forte.

Les scores T autour de 80 reflètent de l'impulsivité et des tendances au passage à l'acte agressif.

Les scores élevés (T autour de 70) sont souvent le reflet de personnes énergiques, tant sur le plan psychique que physique, mais qui présentent bien souvent des difficultés à soutenir l'action.

Les codes 9 0' - 0 9'

Très rare, ce profil traduit surtout de l'agitation, de la timidité et de la solitude. Friedman, Webb et Lewak (1989) recommandent d'interpréter ce code en écartant, dans un premier temps, l'échelle 0 et en considérant l'échelle arrivant en troisième position.

Le code 9'K

Pour Friedman, Webb et Lewak (1989), lorsque 9 et K se situent autour de 70 et particulièrement si l'échelle 2 est inférieure à 50, ce profil reflète des personnalités énergiques, organisées et ayant des compétences pour administrer, planifier, organiser. Ces personnes peuvent aussi être relativement rigides, directives et mal à l'aise dans des situations qu'elles ne contrôlent pas.

Le code 0'

Un score T supérieur à 70 isolé pour cette échelle traduit sans aucun doute une personnalité introvertie, timide, mal à l'aise en société. On surveillera l'évolution de ces personnalités chez des adolescents où un tel profil peut être signe de schizophrénie ou de dépression débutante.

Dans tous les cas, on devra examiner le profil à partir des autres échelles, même si leur score n'est que moyennement élevé (T autour de 60), car l'échelle 0 a tendance à avoir un effet inhibiteur sur les autres échelles.

Chapitre 3

Les échelles supplémentaires

De nombreuses échelles supplémentaires sont aujourd'hui disponibles pour le M.M.P.I. Selon Perse (1986), leur nombre dépasserait celui des items du M.M.P.I.! Les éditions du CPA en ont adapté six pour lesquelles les normes (moyenne et écart type) ont été calculées à partir de l'étalonnage français suivant les mêmes procédures que les échelles classiques.

Les échelles et indices supplémentaires disponibles en France

Ces échelles sont éditées par les éditions du CPA. Elles ont été étalonnées sur la population française dans les mêmes conditions que les échelles classiques.

L'échelle d'anxiété manifeste de Taylor (50 items)

Correspond exactement au questionnaire MAS (Manifest Anxiety Scale) commercialisé aux Etats-Unis qui se présente alors sous la forme d'un cahier autonome. Dans la version française, les 50 items constituent une échelle pouvant être appliquée à tout protocole du M.M.P.I.

L'échelle de force du moi (68 items)

Cette échelle, développée empiriquement par F. Barron (1953) en examinant les protocoles de sujets névrotiques ayant été améliorés par une psychothérapie de six mois, mesure donc la sensibilité du sujet à la psychothérapie. Un

score élevé correspond à un pronostic favorable de la réussite du traitement.

L'échelle B – biais de réponse (63 items)

Construite par Fricke en 1957, elle mesure la tendance du sujet à l'acquiescement. Les sujets obtenant un score élevé ont tendance à répondre «vrai» aux items du test. Il s'agit donc d'une échelle de validité supplémentaire.

L'échelle de facteur A et R (79 items au total)

Publiées par Welsh en 1956 et élaborées sur la base d'analyses factorielles, ces deux échelles présentent des saturations qui sont respectivement de 0,99 et de 0,88 avec les deux facteurs principaux qui ont été isolés de façon stable dans la majorité des analyses factorielles du M.M.P.I. L'orthogonalité de A et R a été confirmée par de nombreux travaux expérimentaux qui ont tous montré des intercorrélations voisines de zéro. Le facteur A est plus ou moins lié aux aspects de nature dysphorique et dysthymique dans lesquels domine l'anxiété, alors que le facteur R paraît en rapport avec l'axe «répressif-expressif».

L'échelle de névrosisme, Ne (30 items)

Développée par Winne, elle se compose d'une sélection de 30 items parmi les 117 que constitue la triade névrotique (Hs, D, Hy). Elle convient surtout pour le diagnostic des états anxieux.

L'indice d'anxiété de Welsh, AI

Le calcul de cet indice se fait par la formule :

$$AI = \frac{Hs + D + Pt}{3} + (D + Pt) - (Hs + Hy)$$

Les notes utilisées étant les notes T, il se distribue théoriquement autour d'une valeur de 50. Étalonné sur l'échantillon français, le manuel du M.M.P.I. en fournit une table d'étalonnage. Selon Perse (1986), cet indice serait une des plus valides estimations de l'anxiété que l'on puisse obtenir du M.M.P.I.

Le rapport d'intériorisation de Welsh, IR

Le calcul de cet indice se fait par la formule :

$$AI = \frac{Hs + D + Pt}{Hy + Pd + Ma}$$

Distribués autour d'une moyenne théorique de 1, les sujets qui tendent à extérioriser leurs conflits en ayant tendance aux passages à l'acte auront une note inférieure à 1, tandis que les sujets somatisant leurs conflits auront au contraire une note supérieure à 1. Là encore cet indice a été étalonné pour la population française ; la table d'étalonnage se trouve dans le manuel du test (Perse, 1986).

Quelques autres échelles supplémentaires couramment utilisées

L'échelle d'alcoolisme de McAndrew

Développée selon la méthode empirique par McAndrew (1965), elle est constituée de 51 items. Malgré sa dénomination et sa construction basée sur un groupe de référence constitué de patients alcooliques, elle mesure davantage les tendances addictives en général que purement alcooliques. Selon Hathaway et McKinley (1989), qui reprennent dans le M.M.P.I.-2 d'une manière quasi identique l'échelle originale, des scores très élevés (note brute > 28) reflètent une grande probabilité de tendances addictives. Des scores élevés (note brute comprise entre 24 et 28) traduisent aussi les tendances

addictives mais avec une probabilité moins importante. Les auteurs du manuel signalent en effet dans cet intervalle la présence de nombreux sujets «faux positifs». Ces scores élevés sont aussi souvent corrélés avec des personnalités extravérties voire exhibitionnistes et ayant tendance à produire des comportements «à risque». Inversement, des scores peu élevés traduisent le peu de probabilité de tendances addictives et sont corrélés avec des personnalités plutôt introverties, timides et manquant de confiance en elles-mêmes.

L'échelle O-H (Overcontrolled Hostility)

Développée empiriquement par Megargee, Cook et Mendelsohn (1967), cette échelle comporte 31 items et mesure les tendances aux passages à l'acte agressifs en réponse à des provocations. Elle fut établie en examinant les réponses aux items de deux groupes de prisonniers : un groupe de détenus considérés comme violents et un autre groupe de détenus considérés comme non violents.

Des scores élevés sont le fait, selon Hathaway et McKinley (1989) qui reprennent cette échelle pour le M.M.P.I.-2, de sujets répondant la plupart du temps de manière appropriée à la provocation mais qui peuvent présenter occasionnellement des passages à l'acte hétéroaggressifs aussi violents qu'imprévisibles.

L'échelle de dominance, Do

Cette échelle composée de 28 items fut développée en 1951 par Gough, McClosky et Meehl (1951), en examinant les réponses de deux groupes d'étudiants : un groupe considéré par leurs pairs comme très dominant et un autre groupe considéré par leurs pairs comme très peu dominant.

Un score élevé indique la dominance, l'assurance, la confiance en soi et l'implication sociale. A l'inverse, un score faible indique des tendances à la soumission, au manque d'assurance et à la suggestibilité.

L'échelle de responsabilité sociale, Re

Composée de 32 items, cette échelle fut développée par Gough, McClosky et Meehl (1952), en comparant les réponses d'étudiants considérés par leurs pairs et leurs professeurs comme très responsables socialement ou très peu responsables.

Des scores élevés indiquent la capacité des sujets à percevoir et accepter les conséquences de leurs comportements, ainsi que leur responsabilité individuelle et sociale. Inversement, les scores faibles reflètent des individus jugés par les autres comme dépendants, peu intègres et ayant des difficultés à assumer leurs responsabilités.

L'échelle des difficultés émotionnelles en milieu scolaire, Mt (College Maladjustment)

Cette échelle, développée par Kleinmuntz (1961), est composée de 43 items. Hathaway et McKinley (1989) qui la reprennent indiquent que les scores élevés correspondent à des étudiants ayant des difficultés d'ordre émotionnel. Des études ultérieures ont montré que cette échelle ne possède pourtant pas de réelle valeur prédictive.

L'utilisation du contenu des items

Les sous-échelles de Harris et Lingoes

Comme le fait remarquer Butcher (1994), compte tenu du fait que les items composant une échelle constituée empiriquement sont hétérogènes du point de vue de leur contenu, l'élévation d'une telle échelle peut provenir de différentes raisons. Un patient qui obtient une note assez élevée dans l'échelle de dépression peut présenter des signes psychiques de dépression sans présenter de symptôme somatique associé. Inversement, un autre patient présentant un score similaire pourra présenter de nombreux signes somatiques et

peu de symptômes psychiques de la dépression. Afin de lever cette incertitude, Harris et Lingoes proposèrent en 1955 de subdiviser certaines échelles cliniques en sous-échelles. Contrairement aux échelles précédentes, les sous-échelles de Harris et Lingoes ne furent pas construites empiriquement. Pour chacune des échelles D, Hy, Pd, Pa, Sc et Ma, ces auteurs examinèrent le contenu des items puis regroupèrent, à l'aide de la méthode des juges, ceux qui leur paraissaient relever d'une seule attitude ou d'un seul trait de personnalité. Du point de vue de la constitution de ces sous-échelles, on remarquera :

– que la somme des items des sous-échelles ne correspond pas au nombre des items de l'échelle parente, certains items de l'échelle parente ne faisant partie d'aucune sous-échelle;

– que certains items peuvent faire partie de plusieurs sous-échelles.

L'interprétation d'une sous-échelle ne doit pas être séparée de l'interprétation de l'échelle parente. De nombreux auteurs insistent sur ce fait; ainsi Perse (1986, p. 50) indique que le but de ces sous-échelles est «de dégager les aspects dominants à l'intérieur de telle ou telle échelle globale et non pas de les comparer directement à ces échelles globales». Selon Butcher (1994), l'interprétation de ces sous-échelles ne devrait se faire que dans les cas où la note T de l'échelle parente est supérieure ou égale à 65 et dans tous les cas doit être prudente et vérifiée à partir d'informations provenant d'autres sources. Dans le cas où le score de l'échelle parente est supérieur à 80, il ne sera pas nécessaire d'évaluer les sous-échelles dans la mesure où il est extrêmement probable qu'elles présentent toutes un score très élevé.

Dans la version française et pour l'étalonnage français du M.M.P.I. compte tenu du peu d'items présents dans certaines sous-échelles, les notes brutes obtenues dans ces sous-échelles ne sont pas transformées en notes T (moyenne = 50, écart type = 10) mais font l'objet d'une transformation particulière qui place la moyenne à 10 et l'écart type à 3. Le manuel du M.M.P.I. (Perse, 1986) fournit pour chaque sous-échelle les tables de conversion des notes brutes en notes «étalonnées».

Dans la version américaine du test, la transformation reste en notes T.

a) Interprétation des sous-échelles

Les descriptions qui suivent proviennent de la synthèse de plusieurs sources d'information dont le manuel du M.M.P.I. de Perse (1986), le manuel du M.M.P.I.-2 de Hathaway et McKinley (1989) et les informations données par Harris et Lingoes (1955), citées par Aymes (1987). Nous définirons pour l'interprétation qui suit un *score élevé* comme une déviation supérieure à deux écarts types de l'échantillon français. On trouvera en annexe la liste des items constituant les sous-échelles ainsi que la moyenne et l'écart type de l'échantillon.

b) Echelle D – dépression

D1 : DÉPRESSION SUBJECTIVE (32 items). Un score élevé (note brute > 16 pour les hommes et > 19 pour les femmes) correspond à des individus pessimistes, manquant d'enthousiasme, ayant du mal à surmonter les difficultés quotidiennes. Ces personnes se sentent souvent inférieures, manquent de confiance en elles-mêmes et sont mal à l'aise en société.

D2 : RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR (15 items). Un score élevé (note brute > 9 pour les hommes et > 10 pour les femmes) traduit, outre l'asthénie motrice, les difficultés relationnelles, ainsi qu'une grande émotivité les rendant incapables de supporter l'agressivité et les critiques des autres.

D3 : DYSFONCTIONNEMENT PHYSIQUE (11 items). Un score élevé (note brute > 6 pour les hommes et > 8 pour les femmes) est le fait d'individus centrés sur eux-mêmes et se plaignant de leur santé physique.

D4 : DIFFICULTÉS MENTALES (15 items). Un score élevé (note brute > 8 pour les hommes et > 9 pour les femmes) se rencontre chez des individus ayant des difficultés à faire face

aux situations de la vie quotidienne, se plaignant d'un manque d'énergie, de troubles de la mémoire et de difficultés de concentration. Ces personnes manquent de confiance en elles-mêmes, se sentent inférieures et peuvent avoir des idées suicidaires.

D5 : RUMINATION MOROSE (10 items). Un score élevé (note brute > 7) traduit de la tristesse, de l'irritabilité, des angoisses dépressives manifestes ainsi qu'une grande difficulté à affronter le quotidien pouvant conduire à des idées suicidaires.

c) Echelle Hy – hystérie

HY1 : DÉNI D'ANXIÉTÉ SOCIALE (6 items). Un score élevé (note brute > 5) correspond à des individus affirmés plutôt extravertis, à l'aise en société et peu influencés par les normes sociales.

HY2 : BESOIN D'AFFECTION (12 items). Un score élevé (note brute > 9) traduit des besoins intenses d'attirer l'attention et l'affection des autres les poussant quelquefois à masquer plus ou moins consciemment leur véritable personnalité pour satisfaire les attentes supposées de leur entourage. La crainte des situations conflictuelles les amène souvent à dénier leur agressivité ou celle des autres.

HY3 : LASSITUDE, MALAISE (15 items). Un score élevé (note brute > 9 pour les hommes et > 11 pour les femmes) correspond à des personnes qui se perçoivent en mauvaise santé physique et mentale. Ceci s'accompagne souvent de besoins intenses de réassurance, de sentiments dépressifs, de difficultés de concentration, d'asthénie et de troubles du sommeil.

HY4 : PLAINTES SOMATIQUES (17 items). Un score élevé (note brute > 8 pour les hommes et > 12 pour les femmes) reflète la conversion somatique de l'angoisse de ces sujets. L'agressivité est, elle aussi, souvent refoulée.

HY5 : INHIBITION DE L'AGRESSIVITÉ (7 items). Un score élevé (note brute > 5 pour les hommes et > 6 pour les femmes) traduit le déni des tendances hostiles et agressives de ces personnes et l'extrême importance accordée aux réponses des autres à leurs comportements.

d) Echelle Pd – déviation psychopathique

PD1 : MÉSENTENTE FAMILIALE (9 items). Un score élevé (note brute > 5) correspond, selon Hathaway et McKinley (1989), à des personnes qui ressentent un manque d'amour et de compréhension de la part de leur famille, ainsi que des attitudes critiques qui ne leur permettraient pas de se sentir libres et indépendantes. Selon Harris et Lingoes (cités par Aymes, 1987), ces patients luttent contre tout contrôle familial.

PD2 : PROBLÈMES AVEC L'AUTORITÉ (8 items). Un score élevé (note brute > 5 pour les hommes et > 4 pour les femmes) indique chez ces sujets une certaine révolte envers leurs parents et les normes, valeurs et usages qu'ils véhiculent. Cette attitude s'accompagne fréquemment d'une pensée manichéenne reflétant l'importance du mécanisme de clivage des objets.

PD3 : IMPERTURBABILITÉ SOCIALE (6 items). Un score élevé (note brute > 5) correspond, selon Harris et Lingoes (cités par Aymes, 1987), à des personnes qui dénient toute anxiété sociale, ainsi que leur besoin de dépendance, et font preuve de douceur. Hathaway et McKinley (1989) décrivent ces personnes comme bien adaptées dans les situations sociales, capables de défendre leurs idées de manière efficace.

PD4A : ALIÉNATION SOCIALE (13 items). Un score élevé (note brute > 8 pour les hommes et > 7 pour les femmes) se rencontre chez des individus qui ont du mal à se sentir bien en société. Ils se sentent incompris, isolés et n'ont pas le sentiment d'appartenir véritablement au groupe.

Pd4B : Aliénation de soi (12 items). Un score élevé (note brute > 8) est le fait d'individus qui se sentent tristes, malheureux, pessimistes, découragés. Ils verbalisent volontiers ces sentiments dans une recherche d'aide plus ou moins manipulatoire de leur entourage.

e) Echelle Pa – paranoïa

Pa1 : Idées de persécution (17 items). Un score élevé (note brute > 8 pour les hommes et > 6 pour les femmes) correspond à des personnes qui présentent un sentiment profond d'incompréhension, qui se sentent menacées, maltraitées. Des idées de méfiance, voire de suspicion, sont souvent présentes et, dans les très hauts scores, on rencontrera de véritables idées de persécution. Les mécanismes projectifs sont fréquents.

Pa2 : Sensitivité (9 items). Un score élevé (note brute > 5 pour les hommes et > 6 pour les femmes) se rencontre chez des individus qui se sentent plus sensibles que les autres. Nerveux et irritables, ils se sentent souvent seuls et incompris. La lutte consciente contre leur sensibilité peut les conduire à se livrer à des comportements « à risque ».

Pa3 : Naïveté (9 items). Un score élevé (note brute > 6 pour les hommes et > 7 pour les femmes) correspond à la dénégation des sentiments persécutifs et de leur agressivité. Ces personnes se montrent souvent très sociables, tolérantes, ouvertes et optimistes.

f) Echelle Sc – schizophrénie

Sc1A : Aliénation sociale (21 items). Un score élevé (note brute > 10) reflète des individus qui se sentent isolés, incompris, mal aimés, voire maltraités. Les très hauts scores peuvent révéler des fantasmes d'agression physique dirigés contre eux.

Sc1B : Aliénation émotionnelle (11 items). Un score élevé (note brute > 4) pourra se rencontrer chez des individus présentant des sentiments d'étrangeté et de vives angoisses. L'indifférence affective des schizophrènes peut se retrouver dans ces scores.

Sc2A : Manque de maîtrise du moi, sur le plan cognitif (10 items). Un score élevé (note brute > 5) se rencontre chez des patients présentant de vives angoisses de morcellement, des pensées bizarres, des sentiments d'irréalité, de dépersonnalisation, des troubles de la mémoire et de la concentration.

Sc2B : Manque de maîtrise du moi, sur le plan conatif (14 items). Un score élevé (note brute > 7 pour les hommes et > 8 pour les femmes) correspond à des personnes se sentant fatiguées, dépressives, anxieuses. Selon Hathaway et McKinley (1989), l'anxiété et le stress ressentis peuvent conduire ces individus à se réfugier dans un monde imaginaire et / ou à souhaiter leur propre mort.

Sc2C : Manque de maîtrise du moi, par défaut d'inhibition (11 items). Un score élevé (note brute > 5) révèle des sujets ayant des difficultés à contrôler leurs pulsions. Ceci se traduit par une personnalité très active, voire hypomaniaque de fond, sur laquelle peuvent se produire des épisodes paroxystiques quelquefois amnésiques tels que crises de rires, de pleurs, explosions agressives, etc. Selon Harris et Lingoes (1955), cités par Aymes (1987), le vécu émotionnel de ces patients est étrange, dissocié et aliéné.

Sc3 : Expériences sensorielles bizarres (20 items). Un score élevé (note brute > 8) se rencontre chez des individus présentant des sentiments de dépersonnalisation, des impressions d'étrangeté concernant leur corps. Ces personnes pourraient aussi présenter des idées délirantes accompagnées ou non d'hallucinations ou pseudo-hallucinations.

g) Echelle Ma – manie

MA1 : AMORALITÉ (6 items). Un score élevé (note brute > 4) correspond, selon Hathaway et McKinley (1989), à des personnes qui considèrent les autres comme égoïstes, malhonnêtes et opportunistes. Cette perception d'autrui justifiant chez eux un comportement similaire. Toujours selon ces auteurs, ces patients pourraient tirer des satisfactions par identification de l'habileté manipulatrice de certaines personnes. Selon Harris et Lingoes (cités par Aymes, 1987, p. 131) : « Ces patients sont peu intéressés par leurs propres motivations et par celles des autres. Ils sont d'une franchise désarmante et dénient toute culpabilité. »

MA2 : ACCÉLÉRATION PSYCHOMOTRICE (11 items). Un score élevé (note brute > 9 pour les hommes et > 8 pour les femmes) reflète l'importance des défenses maniaques contre l'anxiété et la dépression. Ces individus sont décrits comme hyperactifs, excités et instables. L'accélération dans le domaine de la pensée induit des difficultés de concentration et des troubles amnésiques.

MA3 : IMPERTURBABILITÉ (8 items). Un score élevé (note brute > 6) se rencontre chez des personnes qui dénient l'anxiété sociale en scotomisant volontiers leur sensibilité et les opinions d'autrui. De fait ils se sentent à l'aise en société.

MA4 : SURESTIMATION DU MOI (9 items). Un score élevé (note brute > 6) se rencontre chez des personnes qui masquent (y compris à elles-mêmes) leurs éléments dépressifs et anxieux par une surestimation affichée, quoique peu réaliste, de leurs capacités.

h) Les sous-échelles de Serkownek

Dans un manuscrit qui ne sera pas publié, Serkownek (1975) distingue six sous-échelles pour Mf et six sous-échelles pour Si :

- Mf1 : narcissisme, hypersensibilité (18 items),
- Mf2 : intérêts féminins stéréotypés (14 items),
- Mf3 : déni des intérêts stéréotypés masculins (8 items),
- Mf4 : gêne dans les relations hétérosexuelles, passivité (4 items),
- Mf5 : introspection, critique (7 items),
- Mf6 : retrait social (9 items) ;
- Si1 : sentiment d'infériorité et de gêne (27 items),
- Si2 : gêne face aux autres (14 items),
- Si3 : sérieux, rigidité personnelle (16 items),
- Si4 : hypersensitivité (10 items),
- Si5 : méfiance (12 items),
- Si6 : préoccupations physiques et somatiques (10 items).

Les items critiques

La méthode de construction des items critiques du M.M.P.I. repose sur un principe ancien et intuitif de construction rationnelle des questionnaires de personnalité. La feuille de personnalité de Woodworth (1920) était déjà construite ainsi. Alors que les échelles classiques du M.M.P.I. sont élaborées de manière totalement empirique, c'est-à-dire sans *a priori* par rapport au contenu des items, les échelles de contenu comme les échelles d'items critiques prennent en considération le sens pathologique du contenu de certains items, comme par exemple « Mon âme quitte quelquefois mon corps (vrai) » ou bien encore « J'entends souvent des voix sans savoir d'où elles viennent (vrai) ». Ainsi, certains auteurs ont pu sélectionner, parmi les items du M.M.P.I., ceux qui leur paraissaient relever de telle ou telle pathologie. La plus ancienne sélection d'items critiques du M.M.P.I. fut effectuée par Grayson (1951). Par la suite, Koss et Butcher (1973) puis Lachar et Wrobel (1979) développèrent deux groupes d'items critiques sur la même méthodologie mais validèrent ultérieurement leur sélection de manière empirique.

L'utilisation des items critiques ne donne pas lieu à une cotation en termes de notes ; elle peut focaliser l'attention du clinicien sur tel ou tel problème pathologique de son patient

qui pourra être ultérieurement repris en entretien. Butcher (1994) précise toutefois que si l'examen des réponses des sujets aux items critiques est d'une aide précieuse pour le clinicien, en aucun cas un item pris isolément ne saurait constituer un indicateur fiable de la pathologie.

Chapitre 4

Les formes réduites du M.M.P.I.*

La version complète du M.M.P.I. comprend 550 fiches que le sujet doit classer. Cette opération prend de quarante-cinq minutes à une heure dans le meilleur des cas, ce qui fait du M.M.P.I. un test long et fastidieux à passer. Ceci rend son utilisation difficile dans le cas de personnes fatiguées, ayant des difficultés de concentration, mais aussi lorsque le temps qu'il est possible de consacrer à cette opération est compté, que ce soit dans des situations de recherche ou des situations cliniques.

Par ailleurs, cette durée impose une charge mentale importante au sujet, ce qui peut modifier son attitude par rapport au test au cours de la passation. Pour toutes ces raisons, y compris les difficultés de cotation, des versions réduites du M.M.P.I. ont très vite vu le jour.

Il y a deux manières de réduire le nombre des items : soit en diminuant le nombre des questions dans les échelles et en proposant une estimation des notes standards (par transformation linéaire), soit en réduisant le champ d'observation (élimination de certaines échelles).

Aussi, en 1968, James C. Kincannon propose, en combinant ces deux possibilités, une version réduite du M.M.P.I. en 71 items seulement, le Mini-mult, élaborée à partir des travaux de Comrey sur l'analyse factorielle par échelles des items. Une version de ce test est disponible en français, adaptée par Perse et Lebeaux aux Editions du C.P.A. (Paris). Bien que les échelles réduites du Mini-mult possèdent une bonne valeur prédictive des échelles complètes du M.M.P.I., il nous

* Ce chapitre a été écrit en collaboration avec José Munoz Aparicio.

semble regrettable que ce test ne permette pas d'évaluer les échelles Mf (masculinité-féminité) et Si (introversion sociale). Il existe cependant une autre forme réduite du M.M.P.I., le F.A.M. (Fashingbauer Abbreviated M.M.P.I.) qui fournit une estimation de toutes les échelles standards en 166 items par transformation linéaire.

Il existe d'autres formes réduites du M.M.P.I. mais ces deux dernières sont de loin les plus utilisées. On citera pour information : le Mini-mult de Kincannon (1968), la Hugo Short Form de Hugo (1971), le Midi-mult de Dean (1972), le F.A.M. de Fashingbauer (1973), le Maxi-mult 94 de McLahan (1974), le Maxi-mult 104 de Spera et Robertson (1974) et enfin le M.M.P.I. 168 de Overall et Gomez-Mont (1974). Il existe de bonnes revues de questions critiques de ces formes réduites, celle de Fashingbauer et Newmark (1978), et celle de Stevens et Reilly (1980).

Il existe aussi des formes informatisées (réduites ou non) du M.M.P.I., non commercialisées en France, mais qui présentent néanmoins des intérêts pratiques et théoriques importants. Nous avons nous-mêmes réalisé à des fins de recherche une forme réduite et informatisée du M.M.P.I. : le Mini-P.I. (logiciel non commercialisé).

Nous présenterons ici le Mini-mult car il est à notre connaissance la seule forme réduite commercialisée en France, ainsi que l'état actuel théorique et pratique de l'informatisation du M.M.P.I.

Le Mini-mult

En 1968, James C. Kincannon propose une version réduite du M.M.P.I. : le Mini-Mult, destinée à pallier les inconvénients dus à la longueur du M.M.P.I. (voir *supra*). L'idée de Kincannon élaborée à partir des travaux de Comrey sur l'analyse factorielle des items du M.M.P.I. était que tous les items n'ont pas la même valeur. Donc une forme réduite ne saurait être construite en prenant des items au hasard. Plus précisément, Kincannon pensait que si l'on choisissait bien les

items, on pourrait obtenir de bons résultats (prédictifs de ceux obtenus par la version totale du M.M.P.I.) avec peu de présentations d'items.

Kincannon commença par regrouper les items à partir des analyses factorielles de Comrey. Les groupes d'items furent définis sur le critère d'un coefficient d'agrégation au moins égal à 0,30 avec les autres items du groupe. Dans un second temps, un certain nombre d'items fut sélectionné pour représenter proportionnellement chaque échelle par rapport au nombre d'items présents dans les échelles de la version totale. Les résultats produits par le Mini-mult furent ensuite comparés à ceux fournis par le M.M.P.I. dans trois situations. La première comparaison fut effectuée à partir de réponses d'un groupe de 100 patients (50 hommes, 50 femmes) hospitalisés dans un service de psychiatrie et qui avaient passé le M.M.P.I. au moment de leur admission. Chaque feuille de réponses fut cotée deux fois : une fois dans la forme totale, une deuxième fois en examinant uniquement les items constituant le Mini-mult.

Kincannon trouve des coefficients de corrélation entre ces deux formes allant de 0,80 à 0,93 sur les onze échelles cliniques du Mini-mult, avec une corrélation médiane de 0,87. Une deuxième comparaison fut effectuée, selon la même méthode, sur un groupe de 50 patients (25 hommes, 25 femmes) admis dans un centre local pour la santé mentale. Kincannon pensait que ce groupe était suffisamment différent du premier pour pouvoir tirer des conclusions générales sur les corrélations obtenues. Ces dernières dans ce cas s'échelonnaient de 0,70 à 0,96 avec ici encore une médiane de 0,87.

Une troisième comparaison fut entreprise dans le but « d'analyser le fonctionnement du Mini-mult dans des conditions aussi proches de situations cliniques dans lesquelles il pourrait être utilisé » (Kincannon, 1968, p. 320). 30 hommes et 30 femmes nouvellement admis dans un service de psychiatrie furent choisis. A leur admission, chacun d'entre eux remplit la forme standard du M.M.P.I. puis on leur demanda de participer à une recherche en acceptant de passer une

seconde fois le M.M.P.I. (retest) et d'être examiné pour évaluation mentale par un étudiant. L'utilisation du Mini-mult – faisant partie de cet examen. Les trois situations (la première situation standard, le retest et le Mini-mult) furent proposées aux sujets trois jours consécutifs, les deux dernières situations étant alternées.

Le tableau suivant présente les corrélations obtenues pour chaque échelle entre les deux formes du test.

Tableau 21 : *Correlations between rable scales for all combinations of the two administrations of the two forms (d'après Kincannon, 1968)*

Scale	Combination						
	S1M1	S1S2	S1M2	M1S2	M2S2	M1M2	S-B[a]
L	.82	.88	.75	.70	.78	.72	.71
F	.87	.62	.45	.60	.62	.63	.17
K	.93	.86	.80	.82	.82	.85	.77
1	.93	.87	.72	.84	.80	.76	.74
2	.91	.86	.79	.78	.86	.83	.67
3	.82	.80	.70	.77	.82	.76	.63
4	.90	.91	.83	.83	.86	.88	.80
5	.84	.78	.79	.66	.68	.76	.55
6	.96	.91	.88	.89	.92	.87	.77
7	.90	.88	.84	.82	.91	.83	.66
8	.80	.87	.71	.72	.67	.75	.56

Abbreviated : S1 = first administration, standard scale ; S2 = second administration, standard scale ; M1 = first administration, Mini-mult (scored from the S1 protocol) ; M2 = independently administered Mini-mult.

a = Spearman-Brown estimate of the reliability of the shortened scales.

Il ressort de cette étude que le Mini-mult peut fournir une alternative intéressante dans les situations où le M.M.P.I. est difficilement utilisable. En effet, la comparaison du retest de la version standard avec le retest de la version réduite ne met en évidence que 9 % de perte de fiabilité et seulement 14 % de perte de correspondance.

Informatisation du M.M.P.I.

Le M.M.P.I., tant dans la première que dans la seconde mouture, reste un test lourd à mettre en application. Le nombre d'items allié au grand nombre d'échelles et sous-échelles disponibles (plus de 104 échelles pour la version 2 du test) rend difficiles leur dépouillement et leur exploitation. L'utilisation d'une version informatisée permet donc de mieux exploiter la richesse et la souplesse de ce test. L'outil informatique peut intervenir à quatre niveaux différents :

– construction du test,
– administration du test;
– dépouillement du test,
– interprétation des résultats.

La construction du test

On peut distinguer deux sous-niveaux :

– l'élaboration du test proprement dite (calculs factoriels de validation, etc.) où l'ordinateur est utilisé depuis très longtemps. Dans le cas du M.M.P.I., seules certaines échelles furent validées factoriellement;

– une sélection par le praticien d'un certain nombre d'échelles en fonction d'une situation donnée.

Cette sélection, lorsqu'elle est opérée manuellement, est pratiquement inenvisageable pour des raisons de temps. En revanche, elle ne présente aucune difficulté pour un ordinateur. Ce choix d'échelles au moment de la passation, outre qu'il limite le nombre d'items proposés, ne réduit pas forcément la validité du test. Nous avons développé (Bisson 1990) une forme informatisée du M.M.P.I. : le Mini-P.I. qui reprend cette possibilité de sélection pour les échelles standards du test. Le praticien, après un premier entretien, peut à son gré choisir un nombre limité d'échelles afin de confirmer ou infirmer une hypothèse de diagnostic. Les items, entrant en compte pour ces échelles sélectionnées, sont présentés dans un ordre déterminé par un index. A la fin de la passation, le praticien peut même obtenir, si le nombre d'items présentés

est suffisant, une estimation fiable des notes T des échelles non présentées. Cet outil a été utilisé en 1992 au service de gériatrie de l'hôpital Cimiez à Nice, avec une population dont les capacités d'attention n'étaient pas suffisantes pour une passation intégrale du M.M.P.I. (Bisson, Baudu et Pras 1992). Il ne faut que 140 items, avec l'index utilisé, pour obtenir une courbe comparable à celle qui serait obtenue si le test avait été effectué dans son intégralité (550 items). Une telle possibilité étendue au M.M.P.I.-2 et à son vaste éventail d'échelles et d'indices permettrait la constitution de «méta-échelles», groupes d'échelles validés, destinés à évaluer un penchant du profil du sujet comme la tendance au suicide, le risque de conduites addictives, etc. D'autres démarches dans le sens d'une réduction des items ont déjà été tentées. En 1968, Kleinmutz et McLean développèrent une stratégie simple : leur programme propose 5 items de chacune des treize échelles standards du M.M.P.I. et, en fonction des réponses du sujet, administre des items supplémentaires aux échelles pour lesquelles un doute subsiste après le calcul d'une note T estimée. La plus forte objection que l'on puisse faire à ce type de procédure est que, même si le temps de passation s'en trouve radicalement réduit, la première estimation de la note T des échelles standards est très approximative, compte tenu du faible nombre d'items présentés. La corrélation entre la note T réelle et la note T estimée reste très basse. Une deuxième démarche, I.R.T. (*Item Response Theory*), empruntée aux tests d'habilité, fut introduite par Vale et Weiss (1975). Le programme sélectionne les items présentés en fonction des réponses données par le sujet aux items précédents. Cette méthode, relativement peu efficace à l'époque compte tenu de la rigidité de l'algorithme utilisé, pourrait aujourd'hui être considérablement améliorée, grâce aux apports théoriques et pratiques du champ de l'intelligence artificielle et des systèmes experts d'aide au diagnostic.

Butcher, Keller et Bacon (1985) proposent une autre méthode, celle du *Countdown*, qui consiste à administrer uniquement le nombre d'items nécessaires pour déterminer si un sujet se situe au-dessus ou au-dessous de l'élévation anormale d'une échelle (T > 70). Par exemple, l'échelle K est composée de 30 items. Si 11 items, parmi ceux-ci, sont cotés par le sujet de manière non déviante, le programme cesse de présenter des items appartenant à cette échelle. En effet, pour K, plus de 20 items sont nécessaires pour obtenir une élévation anormale. Les 19 autres items, pour cette méthode, ne sont donc plus informatifs. Ben-Porath, Slutske et Butcher (1989) complétèrent cette technique avec la *Full Scores on Elevated Scales* (F.S.E.S.), qui continue l'évaluation des échelles pour lesquelles l'élévation anormale est obtenue, afin d'en déterminer la valeur exacte des notes T. Roper, Ben-Porath et Butcher administrèrent deux fois, sous des formes différentes et à une semaine d'intervalle, le M.M.P.I.-2 à une population de 571 étudiants divisée en trois groupes. Un premier groupe version livret – retest, un deuxième groupe version livret – version informatique *countdown* et un troisième groupe version informatique conventionnelle – version informatique *countdown*. L'expérience montra qu'il n'y avait pas de différence significative entre les résultats obtenus. De plus, alors que 80% des sujets avaient mis plus de 54 minutes pour la passation entière du test version livret, ce chiffre était ramené à 38 minutes pour la version informatisée *countdown*. Si ces résultats peuvent apparaître comme probants, il reste néanmoins à valider cette version informatisée avec une population pathologique.

L'administration informatisée du test

Bien que d'innombrables versions informatisées «personnelles» de passation du M.M.P.I. existent, peu d'études de validation et de comparaison de ces formes logicielles par rapport aux formes classiques les accompagnent. Pourtant, il reste à déterminer si l'on peut affirmer que la présentation à l'écran n'invalide pas le test. Si la présentation en livret reste neutre quant à sa forme pour laquelle aucun processus d'habituation n'est nécessaire dans nos cultures occidentales, il n'est pas établi qu'une présentation à l'écran ne puisse pas entraîner des effets parasites propres à biaiser les résultats du test. La plupart des programmes de passation informatisée

du M.M.P.I. proposent une phase dite d'habituation pendant laquelle le sujet se voit proposer des exercices d'utilisation du média d'entrée des réponses aux items (souris, clavier, etc.). Ces exercices sont-ils suffisants pour des personnes n'ayant aucune expérience de l'ordinateur? L'utilisation de médias tels que la souris, ou même le clavier, n'entraînent-ils pas une gêne plus ou moins grande chez le sujet qui pourrait, du moins pour les premiers items, passer plus de temps à essayer de «domestiquer» ce nouvel outil plutôt que de se concentrer sereinement sur les items proposés (Elliott, Chua, Pollock et Lyons, 1995)?

Un test utilise, afin d'éviter des biais de passation, un matériel aussi standardisé que possible: peut-on affirmer qu'un programme de passation du M.M.P.I., qui serait proposé sur un ordinateur portable muni d'un écran à cristaux liquides, ou sur un ordinateur à écran couleur à affichage stable, ou bien encore sur un ordinateur muni d'un écran monochrome non entrelacé, pourrait fournir des résultats standards comparables à ceux qui auraient été obtenus sur une version livret du même test? De nombreuses études ont porté sur l'incidence du type d'écran et des vitesses de rafraîchissement sur le processus de lecture, dont notamment celle de Baccino et Kennedy (1994). Pour des références sur l'impact du rafraîchissement de l'écran sur le contrôle de la souris, se référer à Kennedy et Baccino (1995).

Ces questions posent le problème de la standardisation du test informatisé et des conditions de sa passation. Un test n'ayant pas été validé sur son support particulier peut-il prétendre à des résultats standards? L'informatisation d'un test exige-t-elle un réétalonnage, une nouvelle validation? En effet, il serait faux de croire que le matériel informatique n'entraîne pas une condition particulière de passation. L'écran peut se révéler fatigant pour des personnes non habituées; le maniement du média d'entrée peut être déroutant; l'affichage à l'écran des différents objets peut entraîner des biais dans les réponses données.

Il nous semble toutefois qu'une nouvelle validation est nécessaire, car elle permettrait, outre la possibilité d'utiliser

le test dans des conditions normales, d'éviter le paradoxe suivant: l'informatique par sa puissance dans le traitement des données permet d'écourter le temps de passation ou d'effectuer des passations vocales, et donc d'administrer le test à des populations qui, pour des raisons de problèmes de concentration ou d'alphabétisation n'y avaient pas accès. Mais, parce qu'il est un outil nouveau et nécessite un apprentissage spécifique, il les en éloigne, car ces populations n'y sont peu ou pas confrontées dans leur vie quotidienne.

Un autre apport intéressant de l'informatique est qu'il permet une mesure satisfaisante des temps de latence aux réponses des items. Siem (1992a et b) a recueilli les temps de latence pour un test de performance tiré du M.M.P.I., l'A.A.P.P. (Siem, 1992b), destiné à l'US Air Force. Son étude a montré que les temps de latence et les scores à certaines échelles tendaient à être corrélés, et que la prise en compte conjointe des temps de latence et des codes types (les deux ou trois points les plus élevés du profil) augmentait la validité des prédictions des résultats des entraînements des pilotes. Ce type de résultats montre à l'évidence que l'étude des temps de latence pourrait être une nouvelle voie de recherche pour les tests de personnalités, pour déterminer par exemple la validité d'une passation ou l'implication du sujet confronté à certains items (notamment les items critiques).

Le dépouillement

Cette phase justifie, presque, à elle seule l'utilisation d'une version informatisée d'un test tel que le M.M.P.I. Elle permet de disposer des résultats instantanément pour un très grand nombre d'échelles et offre, pour les versions les plus récentes, les nombreux indices calculables du M.M.P.I. ou du M.M.P.I.-2 (F - K de Gough, correction par K, l'index psychose-névrose de Goldberg, etc.). Dans la plupart des programmes existants, la représentation standard des résultats reprend (plus ou moins fidèlement), les habituelles courbes auxquelles les cliniciens sont habitués. Certains systèmes

développés récemment offrent même la possibilité de numériser des feuilles de réponses standards pour en tirer un profil et effectuer le calcul des indices.

L'interprétation automatique du M.M.P.I.

L'interprétation automatique[1] des profils du M.M.P.I. ou du M.M.P.I.-2 a fait l'objet de nombreuses études et mises en pratique. Stoloff et Couch (1987) en recensaient déjà dix-sept. Les plus couramment utilisés aux Etats-Unis sont décrits ci-dessous.

Le Caldwell Report. Il a été développé par Alex B. Caldwell (1988) pour le M.M.P.I. et le M.M.P.I.-2. Ce programme génère une interprétation à partir de la configuration du profil (code type de deux ou trois points) et de l'élévation des notes T (à partir de 55). Pour ce faire, il utilise une approche issue de l'intelligence artificielle exploitant des règles qualitatives, plutôt qu'une compilation algorithmique de données empiriquement dérivée des recherches effectuées sur l'interprétation de l'élévation des échelles ou des configurations code – type. Un important effort de programmation a été effectué pour le compte rendu de l'interprétation, afin que celui-ci ne comporte aucune donnée contradictoire. Le programme dispose d'une bibliothèque de paragraphes adaptés à chacune des configurations possibles de profils, pour les échelles cliniques, de validité, de contenu, supplémentaires, ainsi que les sous-échelles de Harris – Lingoes et Wiener – Harmon, dont la note T serait supérieure à 55. Le résultat est un texte dont le contenu peut servir de rapport final. La combinaison des centaines

1. Pour des références sur l'interprétation informatisée des tests psychologiques, voir aussi R.S. Jäger, W. Krieger, G.E. Dlugosch (1995) «Applied computer diagnostics. Theoretical foundations and future perspectives», *International Journal of Selection and Assessment*, vol. 3, n° 2, 115-131.

Pour une présentation des trois programmes cités, voir aussi L. Phelps (1994) «M.M.P.I.-2 and M.M.P.I.-A computerized interpretation : an adjunct to quality mental health service», *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, vol. 27, 186-189.

de paragraphes et de phrases peut générer plusieurs millions de comptes-rendus différents. Le programme utilise un système complexe de production de texte gérant jusqu'à deux niveaux d'inclusions de règles, ce qui lui permet d'obtenir des comptes rendus allant au-delà d'une simple compilation de phrases affirmatives.

Psychological Assessment Ressources, Inc. : le P.A.R. Développé par Roger Greene et Robert Brown (1988), le P.A.R. est également disponible (Robert Archer, 1992) dans une version adaptée au M.M.P.I.-A (forme pour adolescents). Ce programme n'assure pas la passation et le clinicien doit lui communiquer les notes T préalablement calculées, le programme fournissant ensuite des profils pour les échelles cliniques, les échelles de validité L, F, K, les échelles de contenu, les échelles supplémentaires, les sous-échelles de Harris & Lingoes et de Wiener & Harmon. La démarche utilisée pour l'interprétation diffère de celle du Caldwell Report. Il utilise une base de données de codes types avec leurs interprétations correspondantes, et les compare avec les données du sujet pour générer un coefficient de correspondance, qui mesure le degré de ressemblance entre le profil du sujet et un profil prototype issu de la base de données. Finalement, un compte rendu contenant une analyse du profil est généré. Il présente pour chaque échelle, dont la note T a été fournie, et pour chaque configuration d'échelles jugée significative, une interprétation qui varie en fonction de la magnitude des élévations. Le texte est suffisamment bien organisé et détaillé pour qu'il n'y ait aucun doute sur les échelles ou les configurations d'échelles interprétées. Ce compte rendu, contrairement à celui du Caldwell Report, n'a pas la prétention d'être une interprétation définitive, mais demande à être réécrit, en ajoutant au besoin d'autres éléments, par le clinicien. Ce programme est plutôt destiné à l'épauler; il détaille ses analyses échelle par échelle, et ne cherche pas à résoudre les interprétations qui seraient contradictoires entre elles, conflits qui restent entièrement à la charge du praticien.

National Computer Systems, INC : le N.C.S. Le N.C.S. (NCS Assessments, P.O. Box 1416 Minneapolis, Minnesota 55440,

USA) a pris le parti d'offrir une combinaison des deux programmes précédents. Si, comme pour le P.A.R., l'interprétation se fait sur des données empiriques comparées au profil du sujet, le compte rendu final se rapproche de celui du Caldwell Report, détaillé et divisé en paragraphes. Le texte est divisé en plusieurs parties, à savoir : validité du profil, configuration symptomatique, relations interpersonnelles, stabilité du comportement, indices de diagnostics, et considérations thérapeutiques. Mais, tout comme le Caldwell Report, le N.C.S. indique rarement les échelles ou les configurations d'échelles qui l'ont amené à se prononcer pour une interprétation plutôt qu'une autre. Néanmoins, les comptes rendus sont moins longs, interprétant uniquement les échelles avec des scores élevés, et fournis avec une feuille de profil, le code Welsh, les notes T des échelles standards, de contenu, supplémentaires, de Harris – Lingoes, de Wiener – Harmon ainsi que la liste des items critiques cotés. Le plus gros défaut de ce compte rendu est qu'il ne peut pas être généré sous forme de fichier texte afin d'être repris et complété, grâce à un traitement de texte par exemple.

Remarques

L'utilisation des ordinateurs dans le champ de la psychologie clinique pose un certain nombre de problèmes et de questions :

– un système complet permettant la passation, le dépouillement et l'interprétation peut-il se substituer totalement à un clinicien ?

– l'ordinateur introduit une notion de risque de perte de données, voire de dépendance à l'outil, dont la fiabilité matérielle n'est pas encore sans reproche ;

– l'ordinateur n'est pas encore un instrument suffisamment répandu pour que le sujet l'aborde de manière totalement neutre. Une phase d'apprentissage et d'acceptation est souvent requise.

Ces réticences, justifiées, doivent être mises en considération avec les apports d'une informatisation :

– les données stockées après de nombreuses passations sont facilement et immédiatement disponibles, et peuvent servir à valider une hypothèse, voire à établir de nouvelles normes ;

– grâce aux grandes capacités de stockage maintenant disponibles, un sujet peut être facilement suivi chronologiquement. Des comparaisons entre plusieurs passations peuvent servir à contrôler une démarche thérapeutique ;

– de par sa grande rapidité de calcul, un ordinateur peut rendre d'énormes masses de données (comme les réponses à un test de 567 items) immédiatement lisibles et utilisables sous forme de courbes ;

– l'interprétation assistée par ordinateur peut simplifier et aider le clinicien, en lui indiquant des pistes d'investigations en vue d'établir un diagnostic ;

– les techniques de programmation, en évolution constante, et les capacités de stockage, théoriquement infinies, peuvent conduire à l'émergence de nouveaux programmes qui seront de véritables partenaires, et aideront le clinicien à établir un diagnostic par des séries de questions – réponses, en mettant en relief certaines pistes prenant en compte d'énormes masses de données.

Chapitre 5

Le M.M.P.I.-2*

Depuis sa version définitive en 1950, le M.M.P.I. a vieilli et sa réactualisation s'est avérée nécessaire. L'échantillonnage initial ne correspondait plus à la société actuelle, la forme des items n'était plus adaptée à l'évolution syntaxique et lexicale de la langue et le contenu de certains items utilisait des idées ou des concepts qui apparaissent de nos jours comme obsolètes, ou peu familiers (Butcher et Tellegen, 1966; Walker, 1967) (représentation des rôles sexuels, religion, etc.).

Certaines études, telle celle de Colligan *et al.* (1983), ont montré que la validité du M.M.P.I. s'en trouvait compromise, de plus en plus de sujets éprouvant des difficultés à s'identifier et à répondre à des items qui ne correspondaient pas à leur vécu quotidien.

Par ailleurs, depuis l'apparition du test, de nombreux chercheurs ont développé de nouvelles échelles ou de nouveaux indices, disséminés dans plus de quarante années de littérature.

Pour toutes ces raisons, James Butcher et son équipe publièrent, en 1989, une refonte complète du test, le M.M.P.I.-2, dont le but déclaré était de fournir une nouvelle forme, mieux adaptée et compatible – autant que possible – avec la première version du test.

Le livret AX (*adult experimental*) qui servit de base au projet comprenait 704 items : les 550 items originaux du M.M.P.I.-1, dont 82 furent réécrits et 154 nouveaux items, parmi ceux-ci des items améliorés du M.M.P.I.-1, ainsi que de nouveaux items destinés à couvrir d'autres champs d'investi-

* Ce chapitre a été écrit par José Munoz Aparicio.

gations (famille, dépendance à une substance, travail, troubles de l'alimentation, acceptation d'une thérapie). Un échantillon de 2 600 personnes fut recruté sur une base bien plus représentative que l'échantillon du premier M.M.P.I. (répartition géographique, niveau d'éducation, activité professionnelle, minorités ethniques importantes).

Le tableau suivant résume les changements finaux entre le M.M.P.I.-1 et le M.M.P.I.-2 pour les échelles standards.

Tableau 22 : *Transformations et modifications des échelles cliniques standards*

	Echelles												
Items	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Supprimés	0	4	0	1	3	0	0	4	0	0	0	0	1
Restants	15	60	30	32	57	60	50	56	40	48	78	46	69
Modifiés	2	12	1	5	2	9	4	6	2	2	13	7	6

16 autres items n'intervenant pas dans ces échelles furent également modifiés. Sur les 87 items modifiés, 12 le furent pour sexisme, 30 pour une modernisation de l'intitulé, 27 dans le sens d'une clarification grammaticale (voix, temps, etc.), et 18 pour une simplification de l'intitulé.

Version française du M.M.P.I.-2

En 1996, les Editions du C.P.A. publient la version française du M.M.P.I.-2. Un important et très sérieux travail de traduction et d'adaptation fut conduit, sous la direction de P. Pichot et J. Perse, par Isabelle Gillet, psychologue des ECPA. Le détail de cette étude est rapporté de manière très complète dans le manuel du test.

Le M.M.P.I.-2 fut réétalonné pour la population française sur 1102 sujets tout venant, non suspectés de troubles mentaux. Cet échantillon comportait 472 hommes et 630 femmes âgés de 18 à 86 ans (âge moyen : 33,71 ans, écart type : 11,98 ans). La version finale de l'adaptation a donné

de très bonnes correspondances avec le test original américain. La quasi-totalité des échelles de la version française ne génère pas de notes T significativement différentes entre l'échantillon normal français et l'échantillon normal américain. Pour les hommes, seules les échelles L, F et Pa et pour les femmes, seules les échelles L, F et Mf donnent des résultats légèrement différents entre les deux populations (différences comprises entre un demi et un écart type), les Français obtenant en général des notes plus élevées que les Américains (sauf pour Pa). Pour toutes les autres échelles, y compris les échelles de contenu, on ne trouve pas de différence supérieure à un demi-écart type.

La figure suivante extraite du manuel d'utilisation du M.M.P.I.-2 présente les profils moyens pour l'échantillon français par rapport aux normes américaines.

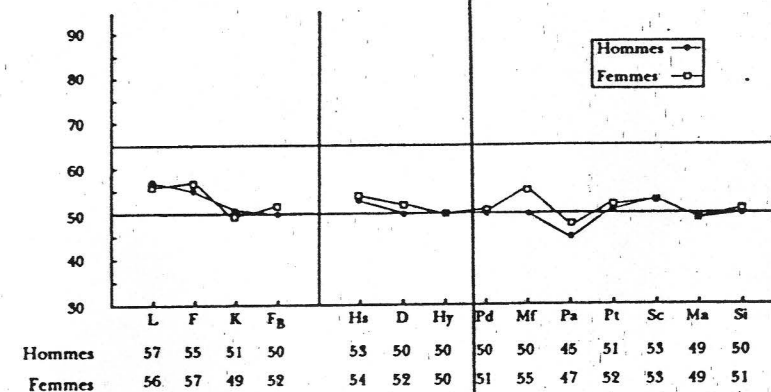



Figure 6 : *Profil moyen pour l'échantillon masculin (N = 172) et l'échantillon féminin (reproduite avec l'aimable autorisation des éditions du CPA)*

Le matériel du M.M.P.I.-2

Dans sa version finale, le M.M.P.I.-2 comprend 567 items et plus d'une centaine d'échelles et de sous-échelles, dont la

plupart sont d'anciennes échelles et sous-échelles du M.M.P.I.-1. Celles-ci ont toutes été adaptées au nouveau matériel, afin de prendre en compte les modifications apportées aux items. Les nouvelles échelles sont le sujet de nombreuses études afin de vérifier et de confirmer leur validité et leur valeur dans le champ de la pratique clinique (TRIN et VRIN, par exemple).

Les dix échelles standards du M.M.P.I.

Elles sont regroupées dans les 370 premiers items.

Les trois échelles de validité L, F, K

Elles ont été complétées par trois nouvelles échelles :

– l'échelle Fb (40 items), fonctionnant de la même manière que F mais pour les items situés à la deuxième partie du livret (de l'item 370 à l'item 567) ;

– les deux échelles TRIN et VRIN (Tellegen, 1982; Tellegen, 1988)', qui sont constituées de paires d'items (67 pour VRIN et 23 pour TRIN). Ces deux échelles devant mesurer la consistance des réponses du sujet en comparant les réponses du sujet à certains items à d'autres items similaires ou opposés.

Les échelles supplémentaires

Les échelles d'anxiété (Welsh, 1956), avec 39 items, et de refoulement (Welsh, 1956), avec 37 items, celle de force du moi (Barron, 1953), avec 52 items, et l'échelle d'alcoolisme (McAndrew, 1965), avec 49 items. Toutes ces échelles ont bien sûr été révisées et adaptées au nouveau matériel du M.M.P.I.-2.

– L'échelle d'hostilité hypercontrôlée : O-H (28 items) de Megargee, Cook et Mendelsohn (1967).

– L'échelle de dominance : Do (25 items) de Gough, McGlosky et Meehl (1951).

– L'échelle de responsabilité sociale : Re (30 items) de Gough, McGlosky et Meehl (1952).

– L'échelle de maladaptation chez les étudiants : Mt (41 items) de Kleinmutz (1961).

– Les échelles rôles sexuels – genre –, (version féminine, 46 items et masculine, 47 items) de Peterson (1989), établies à partir des travaux de Dahlstrom.

– L'échelle des troubles post-traumatiques : PK (46 items) de Keane, Malloy et Fearbank (1984), et l'échelle PS (60 items) de Schlenger et Kulka (1987). Cette dernière est censée mesurer les mêmes troubles que l'échelle PK mais en se servant d'autres indices et de manière tout à fait indépendante.

– L'échelle de souffrance conjugale : MDS (14 items).

– L'échelle de tendance à l'addiction (39 items).

– L'échelle d'addiction admise (13 items).

Les échelles de contenu

Elles ont prouvé leur validité (Hase et Goldberg, 1967), et ont l'avantage d'être bien plus facilement interprétables du fait même de leur contenu homogène (Burisch, 1984). Ces échelles ont été modifiées légèrement, par rapport à leurs homologues du M.M.P.I.-1, pour prendre en compte les modifications de certains items qui les composaient. Ces échelles sont :

– anxiété (23 items),
– peurs (23 items),
– obsessionnalité (16 items),
– dépression (33 items),
– préoccupations concernant sa santé (36 items),
– bizarrerie de la pensée (23 items),
– colère (16 items),
– cynisme (23 items),
– conduites antisociales (22 items),
– TPA / type A : personnalité impatiente, irritable (19 items),
– estime de soi basse (24 items),
– inconfort social (24 items),
– problèmes familiaux (25 items),

– interférences avec le travail (33 items),
– attitude négative vis-à-vis d'un traitement (26 items).

Les items critiques

a) Koss et Butcher

Ils ont été développés en 1973 (Koss et Butcher, 1973), révisés et adaptés au M.M.P.I.-2, et sont regroupés en six catégories :
– état d'anxiété aiguë (17 items),
– menace d'agression (5 items),
– confusion mentale (11 items),
– idéation suicidaire de type dépressif (22 items),
– stress situationnel dû à l'alcoolisme (7 items),
– idées de persécution (16 items).

b) Lachar et Wrobel

Publiés en 1979 (Lachar et Wrobel, 1979), ils ont également été adaptés à cette nouvelle version et sont regroupés en onze catégories :
– anxiété et tension (11 items).
– perturbation du sommeil (6 items).
– pensées et expériences déviantes (10 items).
– attitude antisociale (9 items).
– colère problématique (4 items).
– symptômes somatiques (23 items).
– dépression et inquiétude (16 items).
– croyances déviantes (15 items).
– abus de substances (3 items).
– conflits familiaux (4 items).
– problèmes et déviations sexuels (6 items).

Les sous-échelles de Harris et Lingoes

Publiées dans leur version originale en 1955 (Harris et Lingoes, 1955), elles concernent les échelles 2, 3, 4, 6, 8, 9. Elles furent reprises et adaptées, avec :

– cinq sous-échelles pour l'échelle D (D1 : 32 items; D2 : 14 items; D3 : 11 items; D4 : 15 items; D5 : 10 items) ;
– cinq sous-échelles pour Hy (Hy1 : 6 items; Hy2 : 12 items; Hy3 : 15 items; Hy4 : 17 items; Hy5 : 7 items) ;
– cinq sous-échelles pour Pd (Pd1 : 9 items; Pd2 : 8 items; Pd3 : 6 items; Pd4 : 13 items; Pd5 : 12 items) ;
– trois sous-échelles pour Pa (Pa1 : 17 items; Pa2 : 9 items; Pa3 : 9 items) ;
– six sous-échelles pour Sc (Sc1 : 21 items; Sc2 : 11 items; Sc3 : 10 items; Sc4 : 14 items; Sc5 : 11 items; Sc6 : 20 items) ;
– quatre sous-échelles pour Ma (Ma1 : 6 items; Ma2 : 11 items; Ma3 : 8 items; Ma4 : 9 items).

Les sous-échelles de Si

Hostetler *et al.* (1989) développèrent de nouvelles sous-échelles pour le M.M.P.I.-2, en remplacement de celles couramment utilisées pour le M.M.P.I.-1. Elles sont au nombre de trois :
– timidité / gêne, dans les relations sociales (14 items),
– évitement social, évitement des activités de groupe, des foules, et des contacts interpersonnels (8 items),
– aliénation de soi et d'autrui, faible estime de soi, manque de confiance dans son propre jugement. de hauts scores indiquent une grande nervosité, de l'indécision, et de la suspicion face aux autres.

Les items subtils-évidents de Wiener et Harmon

Ces items ont été regroupés en plusieurs échelles, développées en 1946, qui se sont révélées intéressantes pour questionner la validité d'un protocole, notamment dans leurs relations avec les échelles L et K (Wiener et Harmon, 1946), ou dans leur capacité à détecter la simulation (Greene, 1989). Mais Hathaway et McKinley (1989) recommandent un emploi prudent de celles-ci. Mise en garde confirmée par de nombreux auteurs dont, par exemple pour l'échelle D, Nelson, Pham, Uchiyama (1996), qui démontrent le peu de per-

tinence de l'interprétation de l'échelle D-S. Cinq échelles sont traitées :

– dépression (évident : 39 items; subtil : 18 items).
– hystérie (évident : 32 items; subtil : 28 items).
– déviation psychopathique (évident : 28 items; subtil : 22 items).
– paranoïa (évident : 23 items; subtil : 17 items).
– hypomanie (évident : 23 items; subtil : 23 items).

Du M.M.P.I.-1 au M.M.P.I.-2

Une des grandes différences entre les deux versions du M.M.P.I. concerne la méthode de calcul des notes T. Au lieu de la simple transformation linéaire note brute – note T du M.M.P.I.-1, des notes uniformes furent générées pour le M.M.P.I.-2, afin de produire des élévations similaires pour les échelles cliniques standards. Ainsi, pour toutes ces échelles, un score déviant est maintenant fixé à 65. Des tableaux d'équivalences entre les deux versions sont fournis en annexe.

Un nombre important d'ouvrages ont été consacrés à l'interprétation des codes types pour le M.M.P.I.-1. Cet acquis dans l'interprétation, et la volonté de ne pas désorienter les cliniciens, ont été des facteurs déterminants pour conserver (ou tenter de conserver) une excellente compatibilité entre les deux versions. C'est justement celle-ci que Dahlstrom (1992), et Dahlstrom et Humphrey (1995), remirent en cause. D'après eux, à partir des mêmes notes brutes, les deux profils obtenus en employant le M.M.P.I.-1 et le M.M.P.I.-2 sont « souvent dramatiquement différents », ce qui invalide une intérprétation par code type, allant même jusqu'à conseiller de produire deux profils différents pour « les interpréter ensuite séparément, afin de déterminer leurs différences et similitudes ». Ben-Porath et Tellegen (1995) critiquèrent leur méthode; qui se base, selon eux, uniquement sur des formes de profils et non pas des élévations d'échelles. De plus, l'indication d'établir deux profils est

vague; faut-il utiliser les deux versions du test, ou bien utiliser la correction par K et la nouvelle norme du M.M.P.I.-2? Pour Ben-Porath et Tellegen, il est clair que les cliniciens peuvent utiliser les données empiriques du M.M.P.I.-1 pour interpréter les résultats du M.M.P.I.-2. Le problème se déplaçant alors sur la pertinence de l'utilisation de données, « maintenant vieilles de trois décades », qui servirent à l'interprétation de la première version. Dahlstrom et Humphrey (1996), reprenant les données de Ben-Porath et Tellegen, démontrèrent, pourtant, que même si les notes brutes obtenues pour les deux versions étaient sensiblement similaires, les notes T divergeaient trop, tant dans le code type que dans l'allure générale de la courbe. Il n'en reste pas moins, cependant, que l'interrogation de Ben-Porath et Tellegen sur la validité de données « vieilles de trois décades » et leur utilisation dans la pratique clinique actuelle reste fondée. Nos observations, réalisées sur des étudiants, et forcément peu nombreuses du fait de la publication récente du M.M.P.I.-2 en France, montrent des différences sensibles entre les deux versions du test. Seul le recul d'une pratique sur plusieurs années du M.M.P.I.-2 permettra d'affiner les méthodes d'interprétation.

Quoi qu'il en soit, une réactualisation et un ré-échantillonnage du M.M.P.I. restaient nécessaires pour un test qui aurait fini par perdre une partie de sa validité.

ABRAMOWITZ, S.I., CAROLL, J., SCHAFFER, C. (1984). Borderline personality disorder and the M.M.P.I. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 410-413.

ALLPORT, G.W. (1928). A test for ascendance-submission. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 23, 118-136.

ANDERSON, W. (1956). The M.M.P.I. : Low Pa scores. *Journal of Counseling Psychology*, 3, 228-266.

ANTHONY, N. (1971). Comparison of clients standard, exaggerated and matching M.M.P.I. profiles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 100-103.

ARCHER, R.P. (1987). *Using the M.M.P.I. with Adolescents.* Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

ARCHER, R.P. (1992). *M.M.P.I.-A interpretive System.* Odessa, Floride, USA : Psychological Assessment Ressources. PAR, P.O. Box 998 Odessa, FL 33556, USA.

ARMENTROUT, J.A., HAUER, A.L. (1978). M.M.P.I.s of rapists of adults, rapists of children, and non-rapist sex offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 330-332.

AUSTIN, J.T. (1994). *Test Review : M.M.P.I.-2. Measurement and Evaluation in Counseling and Development.* Vol. 27, 178-185.

AYMES, C. (1987). *M.M.P.I.; Données actuelles et informatisation.* Thèse de médecine, Université de Montpellier.

BACCINO, T., KENNEDY, A. (1994). *Lecture sur écran : conséquences cognitives de la fréquence du balayage cathodique.* Colloque national sur l'écrit et le document, Rouen.

BALL, J.C., CAROLL, D. (1960). Analysis of M.M.P.I. cannot say score on an adolescent population. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 30-31.

BARRON, F. (1953). An ego-strengh scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 327-333.

BEAUVOIS, J.-L. (1997), communication personnelle.

BEN-PORATH, Y.S., SLUTSKE, W.S., BUTCHER, J.N. (1989). A real-data simulation of computerized adaptative administration of the M.M.P.I., psychological assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 18-22.

BEN-PORATH, Y.S., TELLEGEN, A. (1995). How (not) to evaluate the comparability of M.M.P.I. and M.M.P.I.-2 profile configurations : A reply to Humphrey and Dahlstrom. *Journal of Personality Assessment*, 65(1), 52-58.

BERNREUTER, R.G. (1933). The theory and construction of the personality inventory. *The Quarterly Journal of Social Psychology*, 4, 387-405.

BISSON, T. (1990). Vers une forme abrégée, informatisée et modulable du M.M.P.I. : le Mini-P.I., *Revue de psychologie appliquée*, 40, 3, 321-329.

BISSON, T. (1995). *Une forme abrégée, informatisée et modulable du M.M.P.I. : Le Mini-P.I. Théorie, méthode et applications.* Thèse de doctorat nouveau régime, 95 / Nice / 2022. ISSN : 0294-1767.

BISSON, T., BAUDU, C., PRAS, P. (1992). Le Mini-P.I. en gérontologie ou l'apport à la clinique des personnes âgées d'un questionnaire de personnalité informatisé. *Psychologie médicale*, 24, 14, 1495-1498.

BURISCH, M. (1984). Approaches to personality inventory construction : A comparison of merits. *American Psychologist*, 39, 214-227.

BUTCHER, J.N., KELLER, L.S., BACON, S.F. (1985). Current developments and future direction in computerized personality assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Vol. 53, 6, 803-815.

BUTCHER, J.N., TELLEGEN, A. (1966). Objections to M.M.P.I. items. *Journal of Consulting Psychology*, 527-534.

BUTCHER, J.N. (1969). *M.M.P.I. : Research Developments and Clinical Applications.* New York : McGraw-Hill.

BUTCHER, J.N. (1994). Item content in the interpretation of the M.M.P.I. 2 *in* Butcher, J.N. (1994). *Clinical Personality Assessment.* Oxford Textbooks in Clinical Psychology. Oxford, 302-316.

CALDWELL, A.B. (1988). *The Caldwell Report*. Los Angeles, Californie, USA. The Caldwell Report, 1545 Sawtelle Boulevard Los Angeles, CA 90025, USA Tel : (310) 478-3133.

CARSON, R.C. (1969). Interpretative manual to the M.M.P.I. *in* Butcher, J.N. ed., *M.M.P.I. : Research Developments and Clinical Applications*. New York : McGraw-Hill.

CLOPTON, J.R., NEURINGER, C. (1977). M.M.P.I. cannot say scores : normative data and degree of profile distortion. *Journal of Personality Assessment*, 41, 511-513.

CLOPTON, J.R., PALLIS, D.J., BIRTCHNELL, J. (1979). M.M.P.I. profile patterns of suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 135-139.

COLLIGAN, R.C., OSBORNE, D., SWENSON, W.M., OFFORD, K.P. (1983). *The M.M.P.I. : a contemporary normative Study*. New York : Praeger.

COMREY, A.L. (1958). A factor analysis of items on the M.M.P.I. psychomatic deviate scale. *Educational and Psychological Measurement*, 18, 91-92.

CONSTANTINOPLE, A. (1973). Masculinity-feminity : An exception to a famous dictum? *Psychological Bulletin*, 80, 389-407.

DAHLSTROM, W.G. (1992). Comparability of two-point high point code patterns from original M.M.P.I., norms to M.M.P.I.-2. norms for the restandardizations sample. *Journal of Personality Assessment*, 59 (1), 153-164.

DAHLSTROM, W.G. (1996). Comparability of M.M.P.I. and M.M.P.I.-2 profile patterns : Ben-Porath and Tellegen's inappropriate invocation of Mahalanobis's D^2 function. *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 350-354.

DAHLSTROM, W.G., LACHAR, D., DAHLSTROM, L. (1986). *M.M.P.I. Pattern of American Minorities*. Minneapolis : University of Minnesota Press.

DAHLSTROM, W.G., WELSH, G.S., DAHLSTROM, L.E. (1972). *An M.M.P.I. Handbook : Vol. 1. Clinical Interpretation*. Minneapolis : University of Minnesota Press.

DEAN, E.F. (1972). A lengthened Mini : the Midi-mult. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 28-71.

DELAY, J., PICHOT, P., PERSE, J. (1955). *Méthodes psychométriques en clinique*, Paris : Masson.

DELAY, J., PICHOT, P., PERSE, J. (1960). La détection de la simulation à l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (M.M.P.I.). *Revue de psychologie appliquée*. Vol. 10, 4, 249-262.

DEVRIES, A.G., FABEROW, N.J. (1967). A multivariate profile analysis of M.M.P.I.s of suicidal and non-suicidal neuropsychiatric hospital patients. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 31, 81-84.

DRAKE, L.E. (1946). A social I.E. scale for the Minnesota multiphasic personality inventory. *Journal of Applied Psychology*, 30, 51-54.

ELLIOTT D., CHUA R., POLLOCK B.J., LYONS J., (1995). Optimizing the use of vision in manual aiming : the rôle of practice. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 48A (1), 72-83.

EVANS, C., MCCONNELL, T.R. (1941). A new measure of introversion-extroversion. *Journal of Psychology*, 12, 11-124.

FASHINGBAUER, T.R. (1973). *A short written Form of the Group M.M.P.I.* Dissertation Abstracts International, 34, 409B.

FASHINGBAUER, T.R., NEWMARK, C.S. (1978). *Short Forms of the M.M.P.I.* Dissertation Abstracts International, 34, 409B.

FRICKE, B.G. (1957). A response bias (B) scale for the M.M.P.I. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 149-153.

FRIEDMAN, A.F., WEBB, J.T., LEWAK, R. (1989). *Psychological Assessment with the M.M.P.I.* Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum associate Publishers.

FULKERSON, S.C., WILLAGE, D.E. (1980). Decisional ambiguity as a source of « cannot say » responses on personality questionnaires. *Journal of Personality Assessment*, 44, 381-386.

GEARING, M.L. (1979). The M.M.P.I. as a primary differentiator and predictor of behavior in prison : A methological critique and review of recent literature. *Psychological Bulletin*, 86, 926-963.

GOLDBERG, L.R. (1965). Diagnosticians vs diagnostic signs: the diagnosis of psychosis vs neurosis from the M.M.P.I. *Psychological Monograph*, 79, (9, whole n° 602).

GOUGH, H.G. (1957; revised 1987). *Manual for the California Psychological Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

GOUGH, H.G. (1946). Diagnostic patterns on the Minnesota multiphasic personnality inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 2, 23-27.

GOUGH, H.G. (1947). Simulated paterns on the M.M.P.I. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 42, 215-255.

GOUGH, H.G. (1950). The F minus K dissimulation index for the M.M.P.I. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 408-413.

GOUGH, H.G. (1954). Some common misconceptions about neuroticism. *Journal of Consulting Psychology*, 18, 287-292.

GOUGH, H.G., MCKEE, M.G., YANDELL, R.J. (1955). Adjective check list analyses of a number of selected psychometric and assessment variables. Officer Education Research Laboratory. *Technical Memorandum, OERL-TM-55-10.*

GOUGH, H.G., MCCLOSKY, H., MEEHL, P.E. (1951). A personality scale for dominance. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, 360-366.

GOUGH, H.G., MCCLOSKY, H., MEEHL, P.E. (1952). A personality scale for social responsability. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 73-80.

GRAHAM, J.R. (1977). *The M.M.P.I.: a practical Guide.* New York: Oxford University Press.

GRAHAM, J.R., SCHROEDER, H.E., LILLY, R.S. (1971). Factor analysis of items on the social introversion and masculinity-feminity scales on the M.M.P.I. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 367-370.

GRAWITZ, M.A. (1967). Frequency and content of test intems normally omitted from M.M.P.I. scales. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 642.

GRAYSON, H.M. (1951). *Psychological Admissions testing Program and Manual.* Los Angeles: Veterans Administration Center, Neuropsychiatric Hospital.

GREENE, R.L., BROWN, R.C. (1988). *M.M.P.I. Adult interpretive System.* Odessa, Floride, USA: Psychological Assessment Ressources. PAR, P.O. Box 998 Odessa, FL 33556, USA.

GREENE, R.L. (1979). Response consistency on the M.M.P.I.: the TR index. *Journal of Personality Assessment*, 43, 1, 69-71.

GREENE, R.L. (1980). *The M.M.P.I.: an interpretive Manual.* New York: Grune & Stratton.

GREENE, R.L. (1989). *The M.M.P.I.: an interpretive Manual* (2nd edition). New York: Grune & Stratton.

GUSTIN, Q.L., GOODPASTER, W.A., SAJADI, C., PITTS, W.M., LA BASSE, D.L. SNYDER, S. (1983). M.M.P.I. charasteristics of the DSM III borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 47, 50-59.

GYNTHER, M.D., ALTMAN, H., SLETTEN, I.W. (1973). Replicated correlates of M.M.P.I. two points code types: the Missouri actuarial system. *Journal of Clinical Psychology*, 9, 383-388.

HARRIS, R.J., WITTNER, W., KOPPEL, B., HILF, F.D. (1970). M.M.P.I. scales vs interviewer ratings of paranoïa. *Psychological Reports*, 27, 447-450.

HARRIS, R., LINGOES, J. (1955). *Subscales for the Minnesota multiphasic personality inventory.* Unpublished manuscript. University of California. Cités par Dahlstrom, W.G., Welsh, G.S., Dahlstrom, L.E. (1972). *An M.M.P.I. Handbook: Vol. 1. Clinical Interpretation.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

HARRIS, R., LINGOES, J. (1955). *Subscales for the Minnesota multiphasic personality inventory.* Unpublished manuscript. University of California. Cités par Perse, J. (1986). *Manuel du M.M.P.I.* Paris: Editions du Centre de psychologie appliquée (ECPA).

HARRIS, R., LINGOES, J. (1955). *Subscales for the M.M.P.I.: an Aid to profile Interpretation* Mimeographed materials. Department of Psychiatry, University of California.

HARTSTONE, H., MAY, M.A. (1928). *Studies in Deceit*. New York : MacMillan.

HASE, H.D., GOLDBERG, L.R. (1967). Comparative validity of different strategies of constructing personality inventory scales. *Psychological Bulletin*, 67, 231-248.

HATHAWAY, S.R. (1956). Scales 5 (masculinity-feminity), 6 (paranoia), and 8 (schizophrenia) *in* Welsh, G.S., Dahlstrom W.G. (Eds.). *Basic Readings on the M.M.P.I. in Psychology and Medicine*. Minneapolis : University of Minnesota Press. (p. 104-111).

HATHAWAY, S.R., MEEHL, P.E. (1951). *An Atlas for the clinical Use of the M.M.P.I.* Minneapolis : University of Minnesota Press.

HATHAWAY, S.R., MCKINLEY, J.C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota) : I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.

HATHAWAY, S.R., MCKINLEY, J.C. (1942). A multiphasic personality schedule (Minnesota) : III. The measurement of symptomatic depression. *Journal of Psychology*, 14, 73-84.

HATHAWAY, S.R., MCKINLEY, J.C. (1989). *Manual for Administration and Scoring, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. Minneapolis : University of Minnesota Press.

HATHAWAY, S.R., MCKINLEY, J.C. (1996). *M.M.P.I.-2 Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota-2*, Editions du Centre de psychologie appliquée, Paris, 109 p.

HEILBRUN, A.B. (1961). The psychological significance of the M.M.P.I. K scale in a normal population. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 486-491.

HEILBRUN, A.B. (1979). Psychopathy and violent crime. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 509-516.

HINER, D.L., OGREN, D.J., BAXTER, J.C. (1969). Ideal-self responding on the M.M.P.I. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 33, 389-396.

HOSTETLER, K., BEN-PORATH, Y., BUTCHER, J.N., GRAHAM, J.R. (1989). *New Subscales for the M.M.P.I.-2 Social Introversion (Si) Scale*. Paper given at the Society of Personality Assessment meetings, New York.

HUGO, J.A. (1971). *Abbreviation of the M.M.P.I. through multiple Regression*. Dissertation Abstracts International, 32, 1213B.

HUMPHREY, D.H., DAHLSTROM, W.G. (1995). The impact of changing from the M.M.P.I. to the M.M.P.I.-2 on profile configurations. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 428-439.

JÄGER, R.S., KRIEGER, W., DLUGOSCH, G.E. (1995). Applied computer diagnostics – theoretical foundations and future perspectives, *International Journal of Selection and Assessment*. Vol. 3, 2, 115-131.

JOHNSON, J.H., KLINGER, D.E., WILLIAMS, T.A. (1977). An external criterion study of the M.M.P.I. validity indices. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 154-156.

KEANE, T.M., MALLOY, P.F., FEARBANK, J.A. (1984). Empirical development of an M.M.P.I. subscale for the assessment of combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.

KENNEDY, A., BACCINO, T., (1995). The effects of screen refresh rate on editing operation using a computer mouse pointing device, *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 48A (1), 55-71.

KINCANNON, J.C., (1968). Prediction of the standard M.M.P.I. scales scores from 71 items : the Mini-mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 319-325.

KLEINMUNTZ, B. (1961). The college maladjusment scale (MT) : norms and predictive validity. *Educational and Psychological Measurement*, 21, 1029-1033.

KLEINMUTZ, B., MCLEAN, R.S. (1968). Computers in behavioral science : diagnostic interviewing by digital computer. *Behavioral Science*, 13, 75-80.

KOSS, M.P., BUTCHER, J.N. (1973). A comparison of psychiatric patient's self-report with other sources of clinical information. *Journal of Research in Personality*, 7, 225-236.

LACHAR, D. (1974). *The M.M.P.I. : Clinical Assessment and Automated Interpretation*. Los Angeles : Western Psychological Services.

LACHAR, D. (1987). *The M.M.P.I. : Clinical Assessment and Automated Interpretation* (10th edition). Los Angeles : Western Psychological Services.

LACHAR, D., WROBEL, T.A. (1979). Validating clinicians' hunches : construction of a new M.M.P.I. critical item set. *Journal of Consulting and Clinicial Psychology*, 47, 277-284.

LACHAR, D., KLINGE, V., GRISELL, J.L. (1976). Relative accuracy of automated M.M.P.I. narratives generated from adult norm and adolescent norm profiles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 1609-1615.

LAIRD, D.A. (1925). Detecting abnormal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 20, 128-141.

LEONARD, C.V. (1977). The M.M.P.I. as a suicide predictor. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 367-377.

McCREARY, C.P. (1975). Personality profiles of persons convicted of indecent exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 260-262.

McANDREW, C. (1965). The differenciation of male alcoholic outpatient from non-alcoholic psychiatric outpatients by means of the M.M.P.I. *Quarterly Journal of Studies of Alcohol*, 26, 238-246.

McKINLEY, J.C., HATHAWAY, S.R. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota) : II. A differential study of hyponcondriasis. *Journal of Psychology*, 10, 255-268.

McKINLEY, J.C., HATHAWAY, S.R. (1942). A multiphasic personality schedule (Minnesota) : IV. Psychasthenia. *Journal of Applied Psychology*, 26, 614-624.

McKINLEY, J.C., HATHAWAY, S.R. (1944). The M.M.P.I. : V. Hysteria, hypomania and psychopatic deviate. *Journal of Applied Psychology*, 28, 153-174.

McKINLEY, J.C., HATHAWAY, S.R., MEEHL, P.E. (1948). The M.M.P.I. : VI. The K scale. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 20-31.

McLAHAN J.F.C. (1974). Test-retest stability of long and short form M.M.P.I. scales over two years. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 189-191.

MEEHL, P.E., HATHAWAY, S.R. (1946). The K factor as a suppressor variable in the M.M.P.I. *in* Dahlstrom, W.G., Dahlstrom, L. (Eds.). *Basic Readings on the M.M.P.I. : a new Selection on Personality Measurement*. Minneapolis : University of Minnesota Press. (p. 83-121). (1980, original work published 1946).

MEEHL, P.E. (1956). Profile analysis of the M.M.P.I. in differential diagnosis *in* WELSH, G.S., Dahlstrom, W.G. (Eds.). *Basic Readings on the M.M.P.I. in Psychology and Medicine*. Minneapolis : University of Minnesota Press.

MEGARGEE, E.I., COOK, P.E., MENDELSOHN, G.A. (1967). Developpment and validation of an M.M.P.I. scale of assaultiveness in overcontrolled individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 519-528.

NAKAMURA, C.Y. (1960). Validity of scale (M.M.P.I.) in college counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 7, 108-115.

NELSON, L.D., PHAM, D., UCHIYAMA, C. (1996). Subtlety of the M.M.P.I.-2 depression scale : a subject laid to rest? *Psychological Assessment*. Vol. 8, 3, 331-333.

OVERALL, J.E., GOMEZ-MONT, F., (1974). The M.M.P.I.-168 for psychiatrist sceening. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 315-319.

PAGE, J., LANDIS, C., KATZ, S.E. (1934). Schizophrenic traits in the functional psychoses and in normal individuals. *American Journal of Psychiatry*, 90, 1213-1225.

PAULSON, M.J., ALIFI, A.A., THOMASON, M.L., CHAGLEFF, A. (1974). The M.M.P.I. : a descriptive measure of psychopathology in abusive parent. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 387-389.

PEPPER, L.J., STRONG, P.N. (1958). *Judgemental Subscales for the Mf Scale of the M.M.P.I.* Unpublished materials. Hawaii Department of Health, Honolulu, HI. Cités par Lachar, D. (1987). *The M.M.P.I. : clinical Assessment and automated Interpretation* (10th edition). Los Angeles : Western Psychological Services.

PERSE, J. (1986). *Manuel du M.M.P.I.* Paris : Editions du CPA, 119 pages.

PETERSON, C.D. (1989). *Masculinity and Feminity as independent Dimension on Dissertation.* University of North Carolina, Chapell Hill, NC, USA.

PHELPS, L. (1994). M.M.P.I.-2 and M.M.P.I.-A computerized interpretation : An adjunct to quality mental health service, *Measurement and Evaluation in Counseling and Development.* Vol. 27, p. 186-189

PICHOT, P. (1954). *Les tests mentaux.* Paris : PUF.

PIÉRON, H. (1979). *Vocabulaire de la psychologie.* Paris : PUF.

PRESSEY, S.L. (1921). A group scale for investigating the emotions. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 16, 55-64.

RADER, C.M. (1977). M.M.P.I. profile types of exposers, rapists and assaulters in a court services population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 61-69.

ROPER, B.L., BEN-PORATH, Y.S., BUTCHER J.N. (1995). Comparability and validity of computerized adaptive testing with the M.M.P.I.-2. *Journal of Personality Assessment* 65(2), 358-371.

RUESH, J., BOWMAN, K. (1945). Prolonged post-traumatic syndromes following head injury. *American Journal of Psychiatry*, 102, 145-163.

SCAGNELLI, J. (1975). The significance of dependency in the paranoid syndrome. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 29-34.

SCHLENGER, W.E., et KULKA, R.A. (1987). *Performance of the Keane-Fairbank M.M.P.I. Scale and other self-reports Measures in identifying post-traumatic Stress Disorder.* Paper presented at the American Psychological Association Meetings, New York.

SERKOWNEK, K. (1975). *Subscales for scales 5 to 0 of the Minnesota multiphasic personality inventory.* Unpublished materials. c/o Unique Counseling, 770 S.E. Kane, Roseberg, Oregon 97470. Cité par Lachar, D. (1987). *The M.M.P.I. : Clinical Assessment and Automated Interpretation* (10th edition). Los Angeles : Western Psychological Services.

SIEM, F.M. (1992a). The use of responce latencies to enhance self-report personality measures. *Military Psychology*, 8(1), 15-27.

SIEM, F.M. (1992b). Predictive validity of an automated personality inventory for Air Force pilot selection. *The International Journal of Aviation Psychology*, 2, 261-270.

SMITH, E.E. (1959). Defensiveness, insight, and the K scale. *Journal of Consulting Psychology*, 23, 275-277.

SPERA, J., ROBERTSON, M. (1974, September). *A 104 Item M.M.P.I. : The Maxi-mult.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychologist Assoviation, New Orleans.

STEVENS, M.R., REILLY, R.R. (1980). M.M.P.I. short forms : a literature review. *Journal of Personality Assessment*, 44, 368-376.

STOLOFF, M.L., COUCH, J.V. (1987). *Computer Use in Psychology : a Directory of Software.* Washington, DC : American Psychology Association.

STRONG, E.K. (1926). An interest test for personnel managers. *Journal of Personality Researches*, 5, 194-203.

SUPER, D.E. (1942). Bernreuter personality inventory : a review of research. *Psychological Bulletin*, 39, 94-125.

SUTKER, P.B., ALLAIN, A.N., GEYER, S. (1978). Female criminal violence and differencial M.M.P.I. characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1141-1143.

SWEETLAND, A., QUAY, H. (1953). A note on the K scale of the M.M.P.I. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 314-316.

SWENSON, W.M., PEARSON, J. S., OSBORNE, D. (1973). *An M.M.P.I. Source Book : Basic Item Scale and Pattern Data on 50,000 medical Patients.* Minneapolis : University of Minnesota Press.

TELLEGEN, A. (1982). *Brief Manual for the Differential Personality Questionnaire.* Minneapolis : University Minnesota Press.

TELLEGEN, A. (1988). The analysis of consistency in personality assessment. *Journal of Personality*, 56, 621-663.

TERMAN, L.M., MILES C.C. (1938). *Manual of Information and Directions for Use of Attitude-Interest Analysis Test.* New York : McGraw-Hill.

THURSTONE, L.L., THURSTONE, T.G. (1930). A neurotic inventory. *Journal of Sociology and Psychology*, 1, 3-30.

VALE, C.D., WEISS, D.J. (1975, October). A Study of Computer-Administered Stradaptive Ability Testing *(Research Rep. n° 75-5)*. Minneapolis : University of Minnesota, Department of Psychology, Psychometric Methods Program.

WALKER, C.E. (1967). The effect of eliminating offensive items on the reliability and validity of the M.M.P.I. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 363-366.

WEBB, J.T. (1970). Regional and sex differences in M.M.P.I. scale high-point frequencies of psychiatric patients. *American Psychologist*, 25, 809.

WEISS, D.J. (1974). Strategies of Adaptative Ability Measurement *(Research Rep. n° 74-5)*. Minneapolis : University of Minnesota, Department of Psychology, Psychometric Methods Program.

WELSH, G.S. (1956). Factor dimensions A and R *in* Welsh, G.S. DAHLSTROM, W.C. *Basic Readings on the M.M.P.I. in Psychiatry and Medicine*. Minneapolis : University of Minneapolis Press. (chap. 29 / p. 264-281).

WIENER, D.N. (1948). Subtle and obvious keys for the M.M.P.I. *Journal of Consulting Psychology*, 12, 164-170.

WIENER, D.N., HARMON, L.R. (1946). *Subtle and obvious Keys for the M.M.P.I. : their Development. (Advisement Bulletin n° 16)*. Minneapolis : Regional Veterans Administration Office.

WIGGINS, J.S. (1966). Substantive dimensions of self report on the M.M.P.I. item pool. *Psychological Monograph*, 80 (22, whole n° 630).

WIGGINS, J.S. (1973). *Personality and Prediction : Principles of Personality Assessment*. Reading, Mass : Addison-Wesley.

WINTER, W.D., STORTROEN, M.A. (1963). A comparison of several M.M.P.I. indices to differenciate psychotics from normals. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 220-223.

WOODWORTH, R.S. (1920). *The personal Data Sheet*. Chicago : Stoelting.

ANNEXES

A – Tables de correspondances entre les items américains et les items français

Items américains	Items français	Items américains	Items français	Items américains	Items français	Items américains	Items français
1	J05	51	A02	101	D07	151	H14
2	B12	52	E24	102	I13	152	B30
3	B27	53	D21	103	A44	153	A01
4	J34	54	E39	104	G07	154	A18
5	B31	55	B09	105	J44	155	A04
6	C42	56	D29	106	F50	156	A19
7	A55	57	E36	107	G12	157	D33
8*	F39*	58	D22	108	A13	158	F51
9	C17	59	C24	109	G50	159	B02
10	B11	60	J52	110	G54	160	A03
11	B37	61	G04	111	D35	161	A14
12	C43	62	A47	112	D39	162	F25
13*	I34*	63	B20	113	D42	163	A05
14	B19	64	G37	114	A12	164	C41
15	J41*	65	C15	115	D17	165	J46
16	G55*	66	H24	116	D36	166	H47
17	C16	67	F36	117	D50	167	E15
18	B18	68	A50	118	D30	168	A25
19	E16	69	C50	119	A37	169	H33
20*	C47*	70	I45	120	J54	170	F07
21*	C06*	71	D48	121	H11	171	F08
22*	A22*	72	B17	122	A23	172	F09
23*	A15*	73	H19	123	H04	173	C35
24*	E37*	74	J40	124	D54	174	A17
25	J32	75	J43	125	B15	175	A16
26	E03	76	F49	126	J24	176	H38
27	H25	77	C45	127	H26	177	C14
28	E09	78	J18	128	H54	178	A27
29	B16	79	F52	129	F33	179	C51
30	J51	80	I04	130	B08	180	E44
31	B35	81	I49	131	H43	181	E31
32*	I27*	82	I26	132	J12	182	H55
33*	H12*	83	I09	133	D05	183	D51
34	B07	84	I12	134	G30	184	H21
35*	G53*	85	I07	135	J45	185	A35
36	A06	86	I39	136	H10	186	A45
37*	E17*	87	I53	137	B48	187	A43
38*	D32*	88	F38	138	F34	188	A32
39	G31	89	C33	139	G48	189	A40
40	F01	90	J53	140	J11	190	A10
41	F44	91	E46	141	D38	191	B04
42	B47	92	J01	142	I37	192	A42
43	B28	93	D52	143	D34	193	B06
44	A11	94	E50	144	J10	194	A20
45	J42	95	D10	145	G32	195	J47
46	A24	96	B55	146	G33	196	H27
47	B01	97	G47	147	C25	197	H15
48	H22	98	D18	148	C27	198	F15
49	D43	99	E34	149	J25	199	D06
50	D23	100	G19	150	J55	200	H17

201	F05	251	A21	301	I35	351	H28
202	G09	252	I08	302*	E17*	352	H32
203	J19	253	E54	303	F18	353	H52
204	J23	254	E33	304	F03	354	H53
205	G44	255	J49	305*	F35*	355	I02
206	D08	256	C46	306	E40	356	I23
207	E41	257	C29	307	E42	357	I25
208	C48	258	D15	308*	C06*	358	G43
209	G03	259	F42	309	E38	359	G42
210	G11	260	C36	310*	C47*	360	H30
211	B32	261	I44	311*	D32*	361	I32
212	B50	262	E49	312	E22	362*	F10*
213	G40	263	B03	313	D55	363	I03
214	B25	264	I40	314*	J41*	364	H16
215	B42	265	E53	315*	G55*	365	H49
216	B49	266	G20	316	D53	366*	F35*
217	F46	267	E43	317*	F10*	367	H36
218	I06	268	G16	318*	F39*	368	F13
219	J07	269	I01	319	D46	369	D09
220	C13	270	G38	320	C52	370	C21
221	I50	271	D49	321	F04	371	F06
222	F14	272	G23	322	C18	372	G14
223	I51	273	A48	323*	H12*	373	D13
224	B52	274	A31	324	C11	374	F43
225	J48	275	H07	325	C05	375	C34
226	C03	276	E20	326*	A22*	376	E13
227	B38	277	E11	327	B54	377	E27
228	G26	278	H02	328*	I27*	378	E51
229	E35	279	B40	329	B33	379	F48
230	B10	280	D47	330	A41	380	G49
231	D02	281	A36	331*	G53*	381	G27
232	D26	282	C10	332	A38	382	I17
233	C31	283	J29	333*	E37*	383	E52
234	G29	284	H03	334	A30	384	F17
235	B51	285	J50	335	A26	385	H34
236	F45	286	E21	336	F31	386	G17
237	C07	287	H31	337	G01	387	D20
238	G21	288*	A15*	338	G06	388	H46
239	C12	289	D44	339	G10	389	I15
240	E48	290*	I34*	340	G22	390	F53
241	B36	291	H08	341	G34	391	E28
242	A08	292	E23	342	G35	392	H35
243	A46	293	H06	343	G36	393	I05
244	I30	294	E12	344	G45	394	I14
245	B53	295	J26	345	G51	395	I10
246	A54	296	G18	346	G41	396	F47
247	C09	297	C53	347	G52	397	I31
248	G25	298	E01	348	H09	398	I38
249	D16	299	A09	349	H13	399	G28
250	E07	300	J31	350	H20	400	H18

401	H41	451	E32	501	C26	551	H05
402	I18	452	E45	502	F20	552	C37
403	I11	453	E19	503	F23	553	H48
404	F28	454	E25	504	F21	554	J20
405	A39	455	E26	505	G24	555	J04
406	I22	456	E08	506	I33	556	J14
407	F37	457	B43	507	I16	557	J08
408	F27	458	J39	508	A29	558	D03
409	I19	459	B44	509	F12	559	J06
410	E10	460	B41	510	H42	560	A28
411	I29	461	C28	511	F16	561	J28
412	A07	462	B22	512	J09	562	J30
413	G08	463	J37	513	J17	563	I43
414	F54	464	H23	514	J38	564	C20
415	I28	465	C22	515	B46	565	I55
416	C23	466	B39	516	C02	566	J27
417	F24	467	G39	517	F40		
418	I36	468	F32	518	G05		
419	D27	469	F30	519	B26		
420	D25	470	C54	520	F11		
421	C08	471	D28	521	F02		
422	C04	472	G46	522	H40		
423	I47	473	H51	523	A52		
424	B13	474	B23	524	H44		
425	B34	475	E04	525	H37		
426	F26	476	D24	526	F55		
427	C55	477	E05	527	C01		
428	C38	478	E14	528	A51		
429	C40	479	E18	529	J35		
430	C49	480	J36	530	A53		
431	I54	481	I21	531	I20		
432	D41	482	E55	532	J16		
433	J21	483	D19	533	B14		
434	J02	484	B45	534	I24		
435	J03	485	D04	535	B05		
436	D45	486	B24	536	I48		
437	E06	487	F41	537	I52		
438	E02	488	D11	538	I42		
439	G13	489	F22	539	H39		
440	E47	490	D12	540	A34		
441	J22	491	D14	541	A49		
442	B29	492	H45	542	B21		
443	C19	493	C30	543	G02		
444	F29	494	H50	544	J13		
445	D31	495	C32	545	J15		
446	D37	496	A33	546	C39		
447	D40	497	C44	547	J33		
448	H01	498	F19	548	D01		
449	E29	499	H29	549	I41		
450	E30	500	G15	550	I46		

B – *Tables de correspondances entre les items français et les items américains.*

Items américains	Items français	Items américains	Items français	Items américains	Items français	Items américains	Items français
A01	153	B01	47	C01	527	D01	548
A02	51	B02	159	C02	516	D02	231
A03	160	B03	263	C03	226	D03	558
A04	155	B04	191	C04	422	D04	485
A05	163	B05	535	C05	325	D05	133
A06	36	B06	193	C06	21 et 308	D06	199
A07	412	B07	34	C07	237	D07	101
A08	242	B08	130	C08	421	D08	206
A09	299	B09	55	C09	247	D09	369
A10	190	B10	230	C10	282	D10	95
A11	44	B11	10	C11	324	D11	488
A12	114	B12	2	C12	239	D12	490
A13	108	B13	424	C13	220	D13	373
A14	161	B14	533	C14	177	D14	491
A15	23 et 288	B15	125	C15	65	D15	258
A16	175	B16	29	C16	17	D16	249
A17	174	B17	72	C17	9	D17	115
A18	154	B18	18	C18	322	D18	98
A19	156	B19	14	C19	443	D19	483
A20	194	B20	63	C20	564	D20	387
A21	251	B21	542	C21	370	D21	53
A22	22 et 326	B22	462	C22	465	D22	58
A23	122	B23	474	C23	416	D23	50
A24	46	B24	486	C24	59	D24	476
A25	168	B25	214	C25	147	D25	420
A26	335	B26	519	C26	501	D26	232
A27	178	B27	3	C27	148	D27	419
A28	560	B28	43	C28	461	D28	471
A29	508	B29	442	C29	257	D29	56
A30	334	B30	152	C30	493	D30	118
A31	274	B31	5	C31	233	D31	445
A32	188	B32	211	C32	495	D32	38 et 311
A33	496	B33	329	C33	89	D33	157
A34	540	B34	425	C34	375.	D34	143
A35	185	B35	31	C35	173	D35	111
A36	281	B36	241	C36	260	D36	116
A37	119	B37	11	C37	552	D37	446
A38	332	B38	227	C38	428	D38	141
A39	405	B39	466	C39	546	D39	112
A40	189	B40	279	C40	429	D40	447
A41	330	B41	460	C41	164	D41	432
A42	192	B42	215	C42	6	D42	113
A43	187	B43	457	C43	12	D43	49
A44	103	B44	459	C44	497	D44	289
A45	186	B45	484	C45	77	D45	436
A46	213	B46	515	C46	256	D46	319
A47	62	B47	42	C47	20 et 310	D47	280
A48	273	B48	137	C48	208	D48	71
A49	541	B49	216	C49	430	D49	271
A50	68	B50	212	C50	69	D50	117
A51	528	B51	235	C51	179	D51	183
A52	523	B52	224	C52	320	D52	93
A53	530	B53	245	C53	297	D53	316
A54	246	B54	327	C54	470	D54	124
A55	7	B55	96	C55	427	D55	313

E01	298	F01	40	G01	337	H01	448
E02	438	F02	521	G02	543	H02	278
E03	26	F03	304	G03	209	H03	284
E04	475	F04	321	G04	61	H04	123
E05	477	F05	201	G05	518	H05	551
E06	437	F06	371	G06	338	H06	293
E07	250	F07	170	G07	104	H07	275
E08	456	F08	171	G08	413	H08	291
E09	28	F09	172	G09	202	H09	348
E10	410	F10	317 et 362	G10	339	H10	136
E11	277	F11	520	G11	210	H11	121
E12	294	F12	509	G12	107	H12	33 et 323
E13	376	F13	368	G13	439	H13	349
E14	478	F14	222	G14	372	H14	151
E15	167	F15	198	G15	500	H15	197
E16	19	F16	511	G16	268	H16	364
E17	37 et 302	F17	384	G17	386	H17	200
E18	479	F18	303	G18	296	H18	400
E19	453	F19	498	G19	100	H19	73
E20	276	F20	502	G20	266	H20	350
E21	286	F21	504	G21	238	H21	184
E22	312	F22	489	G22	340	H22	48
E23	292	F23	503	G23	272	H23	464
E24	52	F24	417	G24	505	H24	66
E25	454	F25	162	G25	248	H25	27
E26	455	F26	426	G26	228	H26	127
E27	377	F27	408	G27	381	H27	196
E28	391	F28	404	G28	399	H28	351
E29	449	F29	444	G29	234	H29	499
E30	450	F30	469	G30	134	H30	360
E31	181	F31	336	G31	39	H31	287
E32	451	F32	468	G32	145	H32	352
E33	254	F33	129	G33	146	H33	169
E34	99	F34	138	G34	341	H34	385
E35	229	F35	305 et 366	G35	342	H35	392
E36	57	F36	67	G36	343	H36	367
E37	24 et 333	F37	407	G37	64	H37	525
E38	309	F38	88	G38	270	H38	176
E39	54	F39	8 et 318	G39	467	H39	539
E40	306	F40	517	G40	213	H40	522
E41	207	F41	487	G41	346	H41	401
E42	307	F42	259	G42	359	H42	510
E43	267	F43	374	G43	358	H43	131
E44	180	F44	41	G44	205	H44	524
E45	452	F45	236	G45	344	H45	492
E46	91	F46	217	G46	472	H46	388
E47	440	F47	396	G47	97	H47	166
E48	240	F48	379	G48	139	H48	553
E49	262	F49	76	G49	380	H49	365
E50	94	F50	106	G50	109	H50	494
E51	378	F51	158	G51	345	H51	473
E52	383	F52	79	G52	347	H52	353
E53	265	F53	390	G53	35 et 331	H53	354
E54	253	F54	414	G54	110	H54	128
E55	482	F55	526	G55	16 et 315	H55	182

I01	269	I31	397	J05	1	J35	529
I02	355	I32	361	J06	559	J36	480
I03	363	I33	506	J07	219	J37	463
I04	80	I34	13 et 290	J08	557	J38	514
I05	393	I35	301	J09	512	J39	458
I06	218	I36	418	J10	144	J40	74
I07	85	I37	142	J11	140	J41	15 et 314
I08	252	I38	398	J12	132	J42	45
I09	83	I39	86	J13	544	J43	75
I10	395	I40	264	J14	556	J44	105
I11	403	I41	549	J15	545	J45	135
I12	84	I42	538	J16	532	J46	165
I13	102	I43	563	J17	513	J47	195
I14	394	I44	261	J18	78	J48	225
I15	389	I45	70	J19	203	J49	255
I16	507	I46	550	J20	554	J50	285
I17	382	I47	423	J21	433	J51	30
I18	402	I48	536	J22	441	J52	60
I19	409	I49	81	J23	204	J53	90
I20	531	I49	81	J24	126	J54	120
I21	481	I50	221	J25	149	J55	150
I22	406	I51	223	J26	295		
I23	356	I52	537	J27	566		
I24	534	I53	87	J28	561		
I25	357	I54	431	J29	283		
I26	82	I55	565	J30	562		
I27	32 et 328	J01	92	J31	300		
I28	415	J02	434	J32	25		
I29	411	J03	435	J33	547		
I30	244	J04	555	J34	4		

C – Sous-échelles de Harris et Lingoes

D – dépression

D1 Vrai : A40 – B02 – B28 – E24 – F34 – F36 – F42 – F44 – F45 – F51 – G07 – H55 – I27 – I37 – I39
Faux : A03 – A08 – A23 – A24 – B04 – B12 – B30 – C48 – E36 – E41 - F38 – F39 – G12 – G18 – G23 – H43 – J50

D2 Vrai : E24 – F42 – F44 – H55
Faux : C33 – C48 – D10 – E36 – E41 – F39 – G31 – G32 – G37 – I51
I51 - J51

D3 Vrai : A40 – B06 – B08 – D44
Faux : A01 – A02 – A03 – A04 – A18 – B12 – B18

D4 Vrai : B02 – F42 – F44 – G07 – H55 – I27 – I34 – I39
Faux : A23 – A24 – A27 – C17 – E41 – F38 – F39

D5 Vrai : F34 – F36 – F44 – F45 – F51 – G07 – H55 – I37
Faux : F38 – G12

Hy – hystérie

Hy1 Vrai : Aucun
Faux : D38 – E23 – E44 – F05 – F09 – G20

Hy2 Vrai : I08
Faux : A05 – C33 – D44 – D48 – D52 – D54 – E53 – G29 – G50 – H10 – J32

Hy3 Vrai : A40 – B28 – F49 – G21 – I27
Faux : A01 – A02 – A03 – A05 – B12 – B27 – B48 – C17 – F39 – G12

Hy4 Vrai : A11 – A12 – A22 – A45 – B01 – B11
Faux : A10 – A16 – A17 – A31 – A32 – A42 – A44 – A46 – A55 – B09 – B10

Hy5 Vrai : Aucun
Faux : C25 – C42 – C43 – F07 – F33 – H54 – J51

Pd – déviation psychopathique

Pd1 Vrai : B47 – B49 – B50 – B52 – B53 – C06
Faux : B48 – B51 – B55 – C01 – C07

Pd2 Vrai : C24 – D30 – D32 – F11
Faux : C40 – C35 – D38 – D44 – E12 – E17 – I26

Pd3 Vrai : E18 – F02 – F11 – G37
Faux : D38 – E43 – E44 – F03 – F05 – F08 – H32 – I26

Pd4a Vrai : C12 – E37 – E50 – F36 – G33 – G37 – G53 – G54 – G55 – H03 – H26 – I30
Faux : C47 – D38 – F07

Pd4b Vrai : B42 – E50 – F13 – F36 – F49 – F50 – G04 – G33 – H12 – H26 – I12 – I13 – I27
Faux : F39 – G12

Pa – paranoïa

Pa1 Vrai : D33 – E37 – G06 – G09 – G53 – G54 – G55 – H03 – H04 – H06 – H07 – H08 – H11 – H14 – H16 – H26
Faux : G52

Pa2 Vrai : A09 – E37 – E40 – F10 – F51 – G34 – H49
Faux : D35 – G16

Pa3 Vrai : J41
Faux : D46 – D50 – D52 – D53 – D54 – D55 – G50 – H09

Sc – schizophrénie

Sc1A Vrai : B36 – B50 – C05 – C06 – C10 – C11 – D33 – E22 – E24 – E37 – F35 – G53 – G55 – H11 – H16 – H32
Faux : C13 – C15 – E20 – E38 – E40

Sc1B Vrai : F49 – G07 – G09 – G10 – H30 – I02 – I03 – I35
Faux : C18 – F39 – H27

Sc2A Vrai : A25 – A26 – B02 – G51 – H12 – H13 – H55 – I23 – I27
Faux : A27

Sc2B Vrai : A26 – F01 – F42 – F44 – F49 – G07 – G09 – G10 – I23 – I27 – I35
Faux : C18 – F39 – H27

Sc2c Vrai : A19 – A20 – A21 – A22 – A30 – A38 – A48 – B01 – G11 – G34 – G51 – H08 – H12 – H20
Faux : A36 – A37 – A41 – A42 – A43 – A44

Ma – hypomanie

Ma1 Vrai : D34 – D49 – E01 – E07 – E11
Faux : D44

Ma2 Vrai : E31 – G16 – G19 – G20 – G21 – G26 – G30 – G47 – I34
Faux : A37 – D35

Ma3 Vrai : E15 – E48 – F14
Faux : C27 – E43 – E44 – F08 – J44

Ma4 Vrai : B37 – B50 – C24 – C31 – D26 – D33 – G37 – G50 – H19
Faux : Aucun

D – Sous-échelles de Wiener et Harmon

D – dépression

D-O (1946) Vrai : A15 – A40 – B02 – B28 – E24 – F34 – F36 – F42 – F44 – F45 – F51 – G07 – H55 – I27 – I34 – I37 – I39
Faux : A01 – A02 – A06 – A08 – A18 – A23 – A24 – A27 – B12 – B18 – B30 – C17 – D10 – D49 – E36 – E41 – F38 – F39 – G12 – G23 – G38 – H43 – J50

D-S (1946) Vrai : B06 – B08 – B31
Faux : A03 – A04 – B03 – B04 – B36 – C31 – C33 – C48 – D18 – D22 – G18 – G25 – G31 – G32 – G37 – I04 – J51

Hy – hystérie

Hy-O (1946) Vrai : A11 – A12 – A15 – A40 – A45 – B01 – B11 – B28 – C51 – F49 – G21 – I27
Faux : A01 – A02 – A05 – A16 – A17 – A31 – A32 – A42 – A44 – A46 – A55 – B09 – B10 – B12 – B27 – B48 – C17 – F39 – G12 – H54

Hy-S (1946) Vrai : E54
Faux : A03 – A10 – B40 – C25 – C33 – C42 – C43 – D38 – D44 – D48 – D52 – D54 – E03 – E23 – E43 – E53 – F05 – F07 – F09 – F25 – F33 – G29 – G40 – G50 – H10 – H38 – J51

Pd – déviation psychopathique

Pd-O (1946) Vrai : B42 – B47 – B49 – B52 – B53 – D30 – D32 – E37 – E50 – F36 – F50 – G04 – G53 – G54 – G55 – H03 – H12 – I12 – I27 – I30
Faux : B48 – C47 – E12 – E17 – E46 – F39 – G12 – H31

Pd-S (1946) Vrai : C06 – C12 – H26 – I13
Faux : A04 – B51 – B55 – C07 – C35 – D02 – D44 – D51 – E43 – E44 – F05 – F07 – F08 – G18 – G21 – G30 – I26 – J11

Pa – paranoïa

Pa-O (1946) Vrai : A22 – A22 – F10 – F35 – F51 – G06 – G09 – G34 – G53 – G54 – G55 – H03 – H04 – H06 – H07 – H08 – H11 – H14 – H16 – H25
Faux : A36 – E12 – G52

Pa-S (1946) Vrai : A09 – D33 – H26 – H49 – J41
Faux : B54 – D35 – D46 – D50 – D52 – D53 – D54 – D55 – G12 – G16 – G50 – H09

Ma – hypomanie

Ma-O (1946) Vrai : A19 – A20 – A21 – A22 – B03 – B17 – B40 – B50 – B55 – C03 – C24 – D33 – E01 – E07 – E11 – E15 – G19 – G20 – G21 – I34
Faux : A37 – D35 – J54

Ma-S Vrai : B37 – C06 – C31 – D26 – D34 – D49 – E31 – E48 – F14 – G16 – G26 – G30 – G37 – G50 – H26
Faux : C27 – D07 – D44 – E43 – E44 – F08 – H47 – J44

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 3

Chapitre 4

Chapitre 5